

**Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu**  
**Wydział Psychologii i Kognitywistyki**

**Michał M. Sieński**

**Rewiktymizacja wśród kobiet doświadczających przemocy w rodzinie**  
**Znaczenie wczesnych nieadaptacyjnych schematów**

**Revictimization in women experiencing domestic violence**  
**The role of early maladaptive schemas**

Praca doktorska  
napisana pod kierunkiem  
prof. UAM dr hab. Michał Ziarko

Poznań 2021

**Michał M. Sieński**

## **Rewiktylizacja wśród kobiet doświadczających przemocy w rodzinie**

### **Znaczenie wczesnych nieadaptacyjnych schematów**

**Słowa kluczowe:** rewiktylizacja, przemoc w dzieciństwie, przemoc w dorosłości, wydarzenia traumatyczne, wczesne nieadaptacyjne schematy

#### **Streszczenie**

**Problem:** Prezentowana praca badawcza miała dwa zasadnicze cele: (1) wskazać na psychospołeczne czynniki ryzyka rewiktylizacji u kobiet doświadczających przemocy w rodzinie, jak również (2) zweryfikować hipotetyczny psychospołeczny mechanizm prowadzący do wystąpienia tego zjawiska. Rewiktylizacja rozumiana jest, jako doświadczenie przemocy w wieku dorosłym u osoby, która jej doznała będąc dzieckiem. Obserwując, że nie wszystkie osoby, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie doświadczą rewiktylizacji założono, że za wystąpienie tego zjawiska może być odpowiedzialny mechanizm składający się zarówno z czynników społecznych, jak również psychologicznych. Na podstawie teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów Jeffreya Younga i doniesień badawczych opracowano mechanizm rewiktylizacji uwzględniający interakcję następujących czynników: przemocy w dzieciństwie, zaburzeń dysocjacyjnych, wczesnych nieadaptacyjnych schematów i trybów.

**Metoda:** Przeprowadzono badanie na grupie 238 dorosłych kobiet. W badaniu użyto następujące kwestionariusze: Kwestionariusz traumy dziecięcej (CTQ), Skala zachowań w konflikcie (CTS2-R), Skala Doświadczeń Dysocjacyjnych (DES-II), Kwestionariusz Schematów Younga (YSQ-S3); Inwentarz do pomiaru trybów schematów (SMI), jak również kwestionariusz osobowy zbierający dane demograficzne. Cele badania zrealizowano na dwa sposoby: (1) zestawiając kobiety, które doświadczyły rewiktylizacji, z dwoma grupami porównawczymi: kobietami, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie, jak również tymi, które doświadczyły przemocy w dorosłości; (2) przeprowadzając analizę związków wybranych czynników, tj. weryfikując opracowany model mechanizmu rewiktylizacji.

**Wyniki:** Przeprowadzone porównania międzygrupowe wskazały na dwa specyficzne czynniki ryzyka doświadczenia rewiktylizacji. Wyższe niż w grupach porównawczych nasilenie schematu nieufność/skrzywdzenie, jak również silniejsza tendencja do aktywizacji trybu podporządkowania się schematowi. Z kolei, wyniki analiz związków potwierdziły zakładane związki pomiędzy zmiennymi. Okazało się, że doświadczenie przemocy w dzieciństwie pozwala przewidzieć wystąpienie rewiktylizacji po uwzględnieniu 3 czynników, tj. nasilonych objawów zaburzeń dysocjacyjnych, schematu nieufność/skrzywdzenie, jak również trybu podporządkowania.

**Wnioski:** Wskazanie na czynniki ryzyka i zweryfikowanie psychospołecznego modelu mechanizmu rewiktylizacji stanowi wartościowy wkład w wiedzę na temat psychologicznych konsekwencji wydarzeń traumatycznych. Ponadto, uzyskane wyniki badań przyczyniają się do rozwoju teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów. Należy zaznaczyć, że wiedza na temat czynników ryzyka rewiktylizacji umożliwi projektowanie oddziaływań o charakterze prewencji pierwotnej poprzez kierowanie do osób z grupy ryzyka odpowiedniej oferty pomocy psychoterapeutycznej.

**Michał M. Sieński**

## **Revictimization in women experiencing domestic violence**

### **The role of early maladaptive schemas**

**Keywords:** revictimization, childhood violence, violence in adulthood, traumatic experiences, early maladaptive schemas

#### **Abstract**

**Purpose:** The presented study had two primary objectives: (1) to identify psychosocial risk factors for revictimization in women experiencing domestic violence, as well as (2) to verify a hypothetical psychosocial mechanism leading to the occurrence of this phenomenon. Revictimization is understood as an experience of violence in adulthood in a person who suffered violence as a child. However, not all people who experienced violence in childhood experience revictimization, and it has been assumed that a mechanism consisting of both social and psychological factors may be responsible for the occurrence of this phenomenon. On the basis of Jeffrey Young's theory of early maladaptive schemas and research findings the mechanism of revictimization was designed taking into account the interaction of the following factors: childhood violence, dissociative disorders, early maladaptive schemas and modes.

**Method:** a study was conducted on a group of 238 adult women. The following questionnaires were used in the study: Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Conflict Tactics Scale (CTS2-R), Dissociative Experiences Scale (DES-II), Young's Schema Questionnaire (YSQ-S3); Schema Mode Inventory (SMI), as well as a personal questionnaire collecting demographic data. The objectives of the study were accomplished in two ways: (1) by comparing women who experienced revictimization with two comparison groups: women who experienced violence in childhood as well as those who experienced violence in adulthood; (2) by conducting an analysis of the relationship of the selected factors, i.e., by verifying the developed model of the mechanism of revictimization.

**Results:** The conducted between-group comparisons indicated two specific risk factors for the experience of revictimization. A higher intensity of the mistrust/abuse schema than in the comparison groups, as well as a stronger tendency to activate the mode of submission to the schema. In turn, the results of the analyses of relationships confirmed the assumed relationships between variables. It turned out that the experience of violence in childhood can predict the occurrence of revictimization after taking into account 3 factors: the severity of symptoms of dissociative disorders, the mistrust/abuse schema, as well as the surrenderer schema mode.

**Conclusions:** Identifying risk factors and verifying the model of psychosocial mechanism of revictimization will make a valuable contribution to the knowledge of psychological consequences of traumatic experiences. Moreover, the findings contribute to the development of the theory of early maladaptive schemas. It should be noted that the knowledge of risk factors for revictimization will allow designing primary prevention interventions by directing appropriate psychotherapeutic help to people at risk.

## Spis treści

Wprowadzenie .....	9
Rozdział 1. Rewiktylizacja – konteksty psychospołeczne.....	11
1.1. Tło historyczne i ogólna charakterystyka zjawiska .....	12
1.2. Definicja zjawiska w kontekście przemocy rodzinnej .....	14
1.3. Rozpowszechnienie.....	17
Rozdział 2. Uwarunkowania rewiktylizacji – koncepcje i modele psychospołeczne.....	21
2.1. Wprowadzenie do problematyki traumy psychologicznej .....	21
2.2. Wydarzenia potencjalnie traumatyczne i ich następstwa bio-psychospołeczne .....	25
2.3. Specyficzne konsekwencje wydarzeń potencjalnie traumatycznych a rewiktylizacja .....	32
2.3.1. Dysocjacja i PTSD – informacje ogólne .....	33
2.3.2. Rola symptomów dysocjacji i PTSD w występowaniu podatności do doświadczenia rewiktylizacji.....	37
Rozdział 3. Koncepcje traumy psychicznej i rewiktylizacji.....	43
3.1. Trauma i rewiktylizacja w paradygmacie psychoanalitycznym .....	43
3.1.1. Wczesne obserwacje kliniczne – od świadomego do nieświadomego.....	44
3.1.2. Zarys stanowiska psychodynamicznego - rewiktylizacja jako forma przymusu powtarzania.....	47
3.2. Trauma i rewiktylizacja w paradygmacie behawioralno-poznawczym .....	50
3.2.1. Ustalenia wstępne.....	50
3.2.2. Konsekwencje wydarzeń traumatycznych – konceptualizacja behawioralna i poznawcza .....	51
3.2.3. Mechanizm powtarzania urazów psychicznych .....	58
3.3. Rewiktylizacja w podejściu integracyjnym – teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów.....	65
3.2.1. Założenia ogólne – charakterystyka wczesnych nieadaptacyjnych schematów .....	66
3.2.2. Funkcjonalne aspekty wczesnych nieadaptacyjnych schematów.....	75
3.2.3. Teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów a ryzyko rewiktylizacji wśród osób doznających przemocy .....	78
Rozdział 4. Opis projektu i metodologia badań.....	82
4.1. Pytania badawcze .....	88
4.2. Charakterystyka zmiennych i narzędzi badawczych.....	93
4.2.1. Przemoc w związku .....	93
4.2.2. Przemoc w dzieciństwie .....	93
4.2.3. Bezpośrednie i długofalowe konsekwencje psychologiczne przemocy .....	94
4.2.4. Zmienne uboczne kontrolowane.....	96

4.3. Grupa badawcza .....	97
4.4. Dylematy etyczne .....	103
Rozdział 5. Wyniki badań własnych .....	104
5.1. Statystyki opisowe .....	104
5.2. Analizy właściwe .....	108
5.2.1. Znaczenie przemocy w dzieciństwie dla zjawiska rewiktymizacji .....	108
5.2.2. Znaczenie objawów zaburzeń dysocjacyjnych dla zjawiska rewiktymizacji .....	109
5.2.3. Znaczenie wczesnych nieadaptacyjnych schematów i trybów dla zjawiska rewiktymizacji .....	110
5.2.4. Rola wczesnych wydarzeń traumatycznych, dysocjacji, schematów i trybów w zjawisku rewiktymizacji? .....	120
Rozdział 6. Wnioski .....	137
6.1. Psychospołeczne czynniki ryzyka rewiktymizacji w grupie kobiet .....	137
6.2. Psychospołeczny mechanizm rewiktymizacji .....	144
6.3. Podsumowanie .....	150
6.4. Ograniczenia badania .....	155
Rozdział 7. Literatura .....	157
Rozdział 8. Załączniki .....	171
8.1. Narzędzia badawcze .....	171
8.1.1. Kwestionariusza Traumatyzacji Dziecięcej .....	171
8.1.2. Skala Doświadczeń Dysocjacyjnych .....	172
8.1.3. Kwestionariusza Schematów Younga .....	175
8.1.4. Inwentarza do pomiaru trybów schematów .....	179
8.1.5. Skala Taktyk w Konflikcie .....	184
8.2. Podstawowe procedury rekrutacji i badania .....	186
8.2.1. Procedura przeprowadzenia badania .....	186
8.2.2. Informacja dla osób badanych .....	188
8.2.3. Procedura rekrutacji osób badanych .....	190

## Spis tabel

<i>Tabela 1. Predyktory retraumatyzacji.....</i>	<i>63</i>
<i>Tabela 2. Domena rozłączenie i odrzucenie. Skrócowa charakterystyka wczesnych nieadaptacyjnych schematów.....</i>	<i>68</i>
<i>Tabela 3. Domena osłabiona autonomia i brak dokonań. Skrócowa charakterystyka wczesnych nieadaptacyjnych schematów.....</i>	<i>69</i>
<i>Tabela 4. Domena uszkodzone granice. Skrócowa charakterystyka wczesnych nieadaptacyjnych schematów.....</i>	<i>70</i>
<i>Tabela 5. Domena nakierowanie na innych. Skrócowa charakterystyka wczesnych nieadaptacyjnych schematów.....</i>	<i>71</i>
<i>Tabela 6. Domena nadmierna czujność i zahamowanie. Skrócowa charakterystyka wczesnych nieadaptacyjnych schematów.....</i>	<i>72</i>
<i>Tabela 7. Rodzaje trybów w teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów.....</i>	<i>76</i>
<i>Tabela 8. Pytania badawcze i sposoby ich weryfikacji.....</i>	<i>92</i>
<i>Tabela 9. Zmienne i narzędzia badawcze.....</i>	<i>96</i>
<i>Tabela 10. Charakterystyka grupy badanej, wiek (N=238) .....</i>	<i>99</i>
<i>Tabela 11. Charakterystyka grupy badanej, wykształcenie i sytuacja zawodowa (N=238)...100</i>	
<i>Tabela 12. Charakterystyka badanej próby; porównania w zakresie zmiennych demograficznych.....</i>	<i>102</i>
<i>Tabela 13. Statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące przemocy oraz symptomów zaburzeń dysocjacyjnych (N=238) .....</i>	<i>105</i>
<i>Tabela 14. Statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące wczesnych nieadaptacyjnych schematów (N=238) .....</i>	<i>106</i>
<i>Tabela 15. Statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące trybów (N=238) .....</i>	<i>107</i>
<i>Tabela 16. Różnice międzygrupowe w nasileniu przemocy doświadczanej w dzieciństwie...109</i>	
<i>Tabela 17. Różnice w zakresie nasilenia objawów zaburzeń dysocjacyjnych.....110</i>	
<i>Tabela 18. Różnice w natężeniu wczesnych nieadaptacyjnych schematów; domena rozłączenie odrzucenie.....112</i>	
<i>Tabela 19. Różnice w natężeniu wczesnych nieadaptacyjnych schematów; domena słaba autonomia.....113</i>	
<i>Tabela 20. Różnice w natężeniu wczesnych nieadaptacyjnych schematów; domena uszkodzone granice.....114</i>	
<i>Tabela 21. Różnice w natężeniu wczesnych nieadaptacyjnych schematów; domena nakierowanie na innych.....115</i>	
<i>Tabela 22. Różnice w natężeniu wczesnych nieadaptacyjnych schematów; domena nadmierna czujność i zahamowanie.....116</i>	

<i>Tabela 23. Różnice międzygrupowe w natężeniu trybów.....</i>	<i>118</i>
<i>Tabela 24. Wyniki analizy związków pomiędzy przemocą w dzieciństwie a nasileniem objawów zaburzeń dysocjacyjnych (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji rho-Spearmana.....</i>	<i>120</i>
<i>Tabela 25. Wyniki analizy związków pomiędzy przemocą w dzieciństwie a nasileniem nieadaptacyjnych schematów (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji rho-Spearmana.....</i>	<i>121</i>
<i>Tabela 26. Wyniki analizy związków pomiędzy przemocą w dzieciństwie a nasileniem nieadaptacyjnych schematów – analizy szczegółowe (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji rho-Spearmana.....</i>	<i>122</i>
<i>Tabela 27. Wyniki analizy związków pomiędzy przemocą w dzieciństwie a nasileniem trybów (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji rho-Spearmana.....</i>	<i>123</i>
<i>Tabela 28. Wyniki analizy związków pomiędzy przemocą w dzieciństwie a nasileniem nieadaptacyjnych trybów radzenia sobie – analizy szczegółowe (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji rho-Spearmana.....</i>	<i>124</i>
<i>Tabela 29. Wyniki analizy związków pomiędzy doświadczaniem przemocy w dorosłości a doświadczaniem przemocy w dzieciństwie (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji rho-Spearmana.....</i>	<i>124</i>
<i>Tabela 30. Wyniki analizy związków pomiędzy zaburzeniami dysocjacyjnymi a nasileniem wczesnych nieadaptacyjnych schematów (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji rho-Spearmana.....</i>	<i>125</i>
<i>Tabela 31. Wyniki analizy związków pomiędzy zaburzeniami dysocjacyjnymi a nasileniem wczesnych nieadaptacyjnych schematów – analizy szczegółowe (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji rho-Spearmana.....</i>	<i>126</i>
<i>Tabela 32. Wyniki analizy związków pomiędzy zaburzeniami dysocjacyjnymi a nasileniem trybów (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji rho-Spearmana.....</i>	<i>127</i>
<i>Tabela 33. Wyniki analizy związków pomiędzy symptomami zaburzeń dysocjacyjnych a nasileniem trybów – analizy szczegółowe (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji rho-Spearmana.....</i>	<i>128</i>
<i>Tabela 34. Wyniki analizy związków pomiędzy symptomami zaburzeń dysocjacyjnych a doznawaniem przemocy w dorosłości (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji rho-Spearmana.....</i>	<i>129</i>
<i>Tabela 35. Wyniki analizy związków pomiędzy nasileniem wczesnych nieadaptacyjnych schematów a doznawaniem przemocy w dorosłości (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji rho-Spearmana.....</i>	<i>129</i>
<i>Tabela 36. Wyniki analizy związków pomiędzy trybami schematów a doznawaniem przemocy w dorosłości (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji rho-Spearmana.....</i>	<i>130</i>
<i>Tabela 37. Wyniki analizy związków pomiędzy nasileniem trybu unikania a doświadczaniem przemocy w dorosłości (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji rho-Spearmana.....</i>	<i>131</i>
<i>Tabela 38. Wyniki analizy związków pomiędzy doświadczaniem przemocy w dzieciństwie, dysocjacją, nasileniem schematu nieufność/skrzywdzenie i trybów unikania (grupa I; N=49). Współczynniki korelacji rho-Spearmana.....</i>	<i>132</i>

<i>Tabela 39. Psychologiczny mechanizm rewiktylizacji. Model uwzględniający czynniki ogólne. Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (współczynniki regresji) .....</i>	<i>135</i>
---	------------

<i>Tabela 40. Psychologiczny mechanizm rewiktylizacji. Model uwzględniający czynniki szczegółowe. Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (współczynniki regresji) .....</i>	<i>136</i>
--	------------



## Spis rycin

<i>Rycina 1. Model retraumatyzacji. Opracowanie własne.....</i>	<i>60</i>
<i>Rycina 2. Schemat różnic pomiędzy badanymi grupami pod względem wczesnych doświadczeń potencjalnie traumatycznych, bezpośrednich i długofalowych następstw psychologicznych. Opracowanie własne.....</i>	<i>86</i>
<i>Rycina 3. Schemat zależności pomiędzy zmiennymi. Hipotetyczny psychospołeczny mechanizm prowadzący do wystąpienia rewiktymizacji.....</i>	<i>87</i>
<i>Rycina 4. Podział na podgrupy badawcze.....</i>	<i>98</i>
<i>Rycina 5. Psychologiczny mechanizm rewiktymizacji. Analiza równań strukturalnych. Model uwzględniający czynniki ogólne.....</i>	<i>134</i>
<i>Rycina 6. Psychologiczny mechanizm rewiktymizacji. Analiza równań strukturalnych. Model uwzględniający czynniki szczegółowe.....</i>	<i>134</i>

## Wprowadzenie

Wiele osób słysząc informacje o wydarzeniach takich jak molestowanie seksualne, napad, przemoc w związku, wojna czy poważny wypadek, odczuwa przerażenie, że mogłoby by to ich spotkać. Zdrowy rozsądek podpowiada, że każdy człowiek, jeśli tylko jest to możliwe, podejmie wysiłek, by minimalizować nieprzyjemne doświadczenia w swoim życiu, a tym samym będzie starał się unikać wspomnianych, potencjalnie traumatycznych wydarzeń. Można podejrzewać, że jeżeli ktoś doświadczył już bolesnego wypadku, to tym bardziej będzie podejmował działania zabezpieczające, aby go ponownie nie przeżyć. To intuicyjne przekonanie sprawdza się w przypadku pewnych codziennych przykrości, takich jak poparzenie się gorącym żelazkiem czy złe potraktowanie ze strony drugiej osoby. Nawet młody człowiek, gdy jego zaufanie zostanie poważnie nadszarpnięte przez innych, będzie bardziej pamiętał tę przykrą lekcję i następnym razem, w podobnych okolicznościach zachowa większą ostrożność.

W zarysowanym kontekście tym bardziej poruszające wydają się doniesienia badawcze na temat skutków doświadczania wydarzeń traumatycznych, które przeczą przewidywaniom opartym na zdrowym rozsądku. Okazuje się, że nierzadko doświadczenie traumy, szczególnie w okolicznościach zwiększonej wrażliwości, może wieloaspektowo wpływać na dalsze funkcjonowanie psychiczne człowieka. Jedną z najbardziej niepokojących konsekwencji obserwowaną u części pacjentów jest wielokrotnie wyższe niż wśród reszty ludzi ryzyko ponownego doświadczania takich wydarzeń na dalszych etapach życia. Tego typu zależności obserwuje się w wielu grupach pacjentów, np. u części ofiar poważnych wypadków komunikacyjnych, żołnierzy walczących na wojnie czy osób doznających przemocy domowej. Analiza retrospektywna biografii tych osób wskazuje, że moment pojawienia się traumatycznego wydarzenia może rozpocząć wieloletnią serię dalszych bolesnych doświadczeń. Tendencja ta jest szczególnie widoczna, jeżeli pierwotne wydarzenie traumatyczne miało miejsce we wczesnych latach życia. Wtedy jego konsekwencje dla dalszego funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego są najbardziej poważne.

Opisywane w prezentowanej dysertacji zjawisko powtarzania wydarzeń traumatycznych jest dobrze znane naukowcom i doczekało się udokumentowania w wielu badaniach empirycznych. Niestety nadal aktualne pozostaje pytanie o jego naturę, tj. dlaczego w niektórych przypadkach doświadczenie wydarzenia traumatycznego prowadzi do upośledzenia, bardzo podstawowego mechanizmu, który umożliwia rozpoznanie czynników

ryzyka wystąpienia urazu psychicznego w różnych kontekstach społecznych i tym samym powinien chronić przed możliwością ponownego doświadczenia traumy?

W skonceptualizowanym i zrealizowanym projekcie badawczym podjąłem próbę odpowiedzi na pytanie o intrapsychiczne uwarunkowania powtórnego przeżywania traumy psychicznej przez kobiety, które doświadczyły przemocy w rodzinie. Badania pokazują, że jest to grupa osób szczególnie narażona na ponowne doświadczanie wydarzeń traumatycznych, co w literaturze z tego obszaru bywa nazywane rewiktymizacją. Analiza koncepcji teoretycznych i wyników badań doprowadziła do sformułowania hipotez o wpływie przemocy we wczesnym dzieciństwie na powstanie poznawczo-emocjonalnej podatności, polegającej na aktywizowaniu się w pewnych sytuacjach społecznych mechanizmu psychopatologicznego. Mechanizm ten, przy wystąpieniu niekorzystnych okoliczności, może skłaniać osobę do angażowania się w relacje bądź sytuacje, które niosą ze sobą wysokie ryzyko ponownego doświadczenia urazu psychicznego. Głównym celem przeprowadzonego badania było zweryfikowanie, czy taki patomechanizm w postaci charakterystycznych właściwości osobowości występuje w grupie kobiet, które doświadczyły rewiktymizacji.

Pomimo tego, że podejmowano wcześniejsze próby konceptualizacji rewiktymizacji w różnych perspektywach teoretycznych, w mojej ocenie, tylko niektóre z nich oferują możliwość empirycznej operacjonalizacji, jak również wystarczająco rozbudowane zaplecze pojęciowe dla właściwego opisu tego zjawiska. Kierując się tymi kryteriami, za podstawę teoretyczną prezentowanej rozprawy przyjęto teorię wczesnych nieadaptacyjnych schematów Jeffreya Younga.

Wnioski z przeprowadzonych badań będą stanowiły wkład do weryfikacji, w jakim zakresie sposób myślenia o funkcjonowaniu emocjonalnym i poznawczym człowieka wyznaczony przez teorię wczesnych nieadaptacyjnych schematów jest adekwatny do wyjaśniania złożonych zjawisk psychopatologicznych. Jest to szczególnie ważne ze względu na rosnącą popularność tej teorii zarówno wśród badaczy, jak i psychologów, czy psychoterapeutów. Ponadto, przeprowadzone badania dają szansę na głębsze zrozumienie etiologii i patomechanizmu podatności na doświadczanie rewiktymizacji. Kwestia ta jest istotna z perspektywy praktyki klinicznej i może wpłynąć zarówno na podejmowanie działań profilaktycznych, jak i oferowaną pomoc psychologiczną osobom narażonym na rewiktymizację.

## **Rozdział 1. Rewiktyimizacja – konteksty psychospołeczne**

Długofalowe konsekwencje wydarzeń traumatycznych, w tym rewiktyimizacja stały się przedmiotem zainteresowania specjalistów z różnych dziedzin nauki. Z jednej strony zjawisko to jest opisywane w ujęciu nauk o społeczeństwie, m.in. socjologii czy kryminologii. Z drugiej stanowi ono obszar badań specjalistów zajmujących się różnymi aspektami funkcjonowania psychiki ludzkiej. Duże zróżnicowanie dziedzin, w których problematyka ta jest podejmowana, doprowadziło do wystąpienia rozbieżności w opisach zjawiska. Zasadniczo różnice dotyczą tego, jaką wagę przypisuje się wydarzeniom zewnętrznym i procesom psychicznym w powstawaniu indywidualnej podatności na wielokrotne doświadczanie wydarzeń traumatycznych. Badacze o orientacji społecznej w powstaniu rewiktyimizacji podkreślają kluczową rolę czynników zewnętrznych, w tym doświadczonych wydarzeń życiowych, jak również specyfiki związanej z funkcjonowaniem społeczeństwa (m.in. Casey, Nurius, 2005; Widom, Czaja, Dutton, 2008). Z kolei druga grupa specjalistów, w tym psychologowie, w wyjaśnianiu genezy tego zjawiska zwraca uwagę na procesy poznawcze i emocjonalne (m.in. Risser, i in., 2006; Ullman, 2016). Współcześnie, dostrzegając zalety i ograniczenia obu stanowisk, część badaczy optuje za rozwiązaniem interakcyjnym. W ramach tego ujęcia uznaje się, że do pojawienia się rewiktyimizacji niezbędne jest zaistnienie zarówno pewnego bolesnego wydarzenia o odpowiedniej urazowej charakterystyce, jak i wystąpienie trudności w procesie psychicznego opracowania tego doświadczenia (m.in. Cloitre, Rosenberg, 2006). Finalnie proces ten może prowadzić do wystąpienia urazu psychicznego, w tym podatności na angażowanie się w relacje, które niosą ze sobą wysokie ryzyko ponownego doświadczenia traumy psychicznej. W niniejszym rozdziale zostanie przedstawiona podstawowa charakterystyka zjawiska rewiktyimizacji, w tym omówione zostaną trudności definicyjne oraz kwestie związane z powszechnością tego zjawiska.

### **1.1. Tło historyczne i ogólna charakterystyka zjawiska**

Pierwsze systematyczne badania dotyczące psychologicznych konsekwencji wydarzeń traumatycznych rozpoczęły się w drugiej połowie XIX w. od wniosków z obserwacji symptomów zaburzeń emocjonalnych wśród weteranów wojny secesyjnej i ofiar wypadków kolejowych (Erichsen, 1867/2011, Leese, 2002). Zainteresowanie naukowe tym tematem nierozzerwalnie było i pozostaje splecione z wystąpieniem znaczących zmian społecznych czy to w wyniku zmian przemysłowych, katastrof naturalnych, czy wojen. Wystąpienie obciążającego psychikę wydarzenia, w szczególności w przypadku, gdy dotyczyło ono dużej grupy ludzi, zwiastowało pojawienie się kolejnych, bardziej szczegółowych badań i koncepcji teoretycznych (van der Kolk, 2003).

W miarę rozwoju refleksji naukowej na ten temat psychicznych następstw wydarzeń traumatycznych zaczęto opisywać przypadki pacjentów zgłaszających się do leczenia ze względu na uciążliwe objawy dysocjacyjne, w których biografiach odkrywano wcześniejsze doświadczenia o podobnym charakterze. Traumatyczne wydarzenie z przeszłości tych pacjentów było dla nich źródłem bólu i pragnęli go unikać w przyszłości. Mimo tych intencjonalnych wysiłków, często mieli oni jednak do czynienia z podobnie bolesną sytuacją (Fenichel, 2014; van der Kolk, 1989).

Zainteresowanie naukowe tematem powtarzania wydarzeń traumatycznych zmieniało się na przestrzeni lat i rzadko znajdowało się w centrum uwagi specjalistów zajmujących się skutkami stresu traumatycznego być może dlatego, że opisywane zjawisko stanowiło tylko jeden z wielu zróżnicowanych objawów, które występowały w tej grupie pacjentów. Ponadto objaw ten nie był specyficzny i bezpośrednio dostępny ocenie lekarza czy psychologa, a o jego wystąpieniu można było wnioskować jedynie dzięki badaniu retrospektywnemu uwzględniającemu znaczny obszar biografii pacjenta.

Znaczący zwrot w badaniach nad tematyką powtarzania wydarzeń traumatycznych zbiegł się ze wzrostem wrażliwości społecznej na problematykę konsekwencji zdrowotnych stresu, jak również z publikacjami wyników dużych badań populacyjnych, w których wskazywano na występowanie podobnego typu prawidłowości. Jednym z przykładów tego typu doniesień były analizy kryminologiczne dotyczące przestępstw pospolitych, takich jak napady i kradzieże. Badacze zaobserwowali, że doświadczanie tego typu zjawisk nie dotyczy w tym samym stopniu wszystkich osób żyjących w społeczeństwie. Badania prowadzone nad tym zjawiskiem w Wielkiej Brytanii w latach 80. XIX w. wykazały, że około 70 % wszystkich

zbrodni dotknęło jedynie 14 % osób w populacji ogólnej (Gottfredson, 1984). Na podstawie tego typu doniesień stwierdzono, że część osób wielokrotnie w ciągu życia staje się ofiarą przestępstwa, podczas, gdy inne osoby nie mają tego typu doświadczeń, bądź doznają ich sporadycznie.

Wyniki badań potwierdzają, że w niektórych populacjach ryzyko wielokrotnego doznania wydarzeń traumatycznych jest szczególnie wysokie. Zazwyczaj wspomniane ryzyko może być wyjaśnione za pomocą specyficznych czynników środowiskowych, wynikających z sytuacji społeczno-ekonomicznej, miejsca zamieszkania lub wykonywanej profesji. Z tych powodów na wielokrotne doświadczanie wydarzeń traumatycznych w czasie życia narażeni są np. żołnierze, ratownicy medyczni, prostytutki czy osoby osadzone w zakładach karnych (m.in. Green i in., 2000; Karatzias i in., 2018; Ross, Farley, Schwartz, 2004). Szczególnie interesujące z perspektywy psychologicznej wydają się przypadki wielokrotnego doświadczania wydarzeń traumatycznych przez osoby, których charakterystyka środowiska, w jakim żyją, nie wskazuje jednoznacznie na wysokie ryzyko doświadczenia urazu psychicznego.

Wspomniane okoliczności są szczególnie często obserwowane w grupie dorosłych kobiet, które doznawały powtarzających się przestępstw o charakterze wykorzystania seksualnego. Analiza biografii tych osób ujawniała, że w wielu przypadkach doznały one wykorzystania seksualnego w okresie dzieciństwa. Badania nad tym zjawiskiem potwierdziły poczynione wcześniej obserwacje, wskazując, że kobiety doświadczające przemocy seksualnej jako dzieci 1,4–3,7 razy częściej stawały się ofiarami napaści seksualnej w wieku dorosłym (Cloitre i in., 1996). Prawidłowość ta została zaobserwowana również podczas badań nad ofiarami innych rodzajów przemocy, tj. przemocy fizycznej czy emocjonalnego znęcania się. Konkluzje z tych badań przekonują, że konsekwencje doświadczania przemocy w wieku dziecięcym mogą być bardzo poważne i zwiększać u pacjentów (na tle populacji ogólnej) ryzyko doznawania podobnego typu urazów w wieku dorosłym (por. m.in. Classen i in., 2005; Cloitre, Rosenberg, 2006; Desai i in., 2002; Edwards i in., 2009; Kuijpers i in., 2011). Podobne wyniki uzyskali w badaniach Parks i zespół (2011), przeprowadzając je na grupie 477 kobiet. Wykazano wówczas, że osoby z historią doznawania przemocy w wieku dziecięcym prezentowały ponad dwukrotnie wyższe ryzyko doznania przemocy w wieku dorosłym niż osoby bez wczesnych doświadczeń przemocy.

Opisane zjawisko wielokrotnego powtarzania doświadczenia traumatycznego zgodnie z tradycją kryminologiczną jest często nazywane w publikacjach naukowych rewiktymizacją.

Podczas gdy specjaliści są zasadniczo zgodni co do uznania wspomnianego typu rewiktymizacji za jeden ze skutków doświadczeń traumatycznych, to wyjaśnienie tego zjawiska, w szczególności za pomocą mechanizmów psychologicznych, nie doczekało się pogłębionej refleksji w ramach badań empirycznych (m.in. Desai i in., 2002; Edwards i in., 2009; Kuijpers i in. 2011; Parks i in., 2011; van der Kolk, 1989). Prezentowana praca stanowi próbę wkładu do wiedzy na temat psychologicznych czynników biorących udział w powstawaniu zjawiska rewiktymizacji.

## **1.2. Definicja zjawiska w kontekście przemocy rodzinnej**

Termin „rewiktymizacja” wywodzi się z badań kryminologicznych, a dokładniej wiktymologicznych. W tej dziedzinie pojęcie to stanowi mniej popularną, skróconą wersję terminu powtórnej/powtarzanej wiktymizacji (ang. *repeat victimisation*), w najbardziej ogólnym sensie opisując sytuację, w której dana osoba zostaje ofiarą przestępstwa więcej niż dwa razy w określonym czasie (Daems, 2005; Wolhuter i in., 2008). Zazwyczaj w tego typu opracowaniach drugorzędną rolę przypisuje się formie doznanego przestępstwa oraz innym jego cechom czy okolicznościom wystąpienia.

Ujęcie kryminologiczne zostało przeniesione zarówno na grunt badań socjologicznych, jak i psychologicznych, co doprowadziło do tego, że można je spotkać w pracach na temat poznawczo-emocjonalnych konsekwencji wydarzeń traumatycznych. Znaczący rozwój zainteresowania tematyką rewiktymizacji wśród specjalistów z różnych dziedzin zaowocował licznymi próbami zaadaptowania tego terminu. Doprowadziły one do pojawienia się wielu modyfikacji pojęcia i wzrostu rozbieżności pomiędzy występującymi definicjami. Z tego powodu zjawisko rewiktymizacji może być rozumiane odmiennie w zależności od dziedziny wiedzy czy praktyki społecznej. Różnice w zakresie definicji w istniejących publikacjach stwarzają poważne ograniczenia w porównywaniu wyników badań. Jest to szczególnie wyraźne, gdy próbujemy zestawzić ze sobą doniesienia dotyczące rozpowszechnienia rewiktymizacji. Badacze twierdzą, że zjawisko to może dotyczyć od 17% (Crandall i in., 2004) do 74% osób doświadczających przemocy (Miller, Krull, 1997). Podejrzewa się, że tak duża rozbieżność uzyskiwanych wyników tylko częściowo jest skutkiem zróżnicowania badanych grup i wynika głównie z rozbieżności w określaniu tego, jakie powtórzenie traumatycznego wydarzenia można uznać za rewiktymizację, a jakie nie.

Współczesne prace przeglądowe na temat rewiktymizacji wśród osób doznających przemocy w rodzinie (m.in. Kuijpers i in., 2011) wskazują, że autorzy generalnie są zgodni, iż istotą rewiktymizacji jest ponowne stawanie się ofiarą pewnego traumatycznego doświadczenia. Z tego względu dla jego wystąpienia niezbędne jest:

- a) wystąpienie sytuacji pierwotnie wiktymizującej,
- b) ponowne pojawienie się podobnego doświadczenia.

Istotne różnice we wnioskach poszczególnych autorów publikacji dotyczą szczegółowych rozstrzygnięć i zasadniczo dotyczą one dwóch zagadnień:

- 1) jak bardzo wydarzenia pierwotnie i wtórnie wiktymizujące muszą być jakościowo podobne, żeby mówić o wystąpieniu ponownej wiktymizacji?
- 2) w jakim momencie życia powinno być usytuowane wydarzenie pierwotne wiktymizujące, żeby mówić o rewiktymizacji?

W pierwszej wspomnianej kwestii, tj. podobieństwa jakościowego wydarzeń związanych z wiktymizacją, w literaturze przedmiotu występują ujęcia zarówno wąskie, jak i szerokie. W znacznej części prac odnajduje się stanowisko wskazujące, że czynnikiem kluczowym dla zaistnienia rewiktymizacji jest wysokie podobieństwo jakościowe wydarzenia pierwotnej i powtórnej wiktymizacji. W tym wypadku o rewiktymizacji ofiary np. przemocy seksualnej można mówić, tylko gdy doznała ona w dorosłości takiej samej formy przemocy (np. Wyatt, Guthrie, Notgrass, 1992). Istnieją również stanowiska przeciwnie, przyjmujące, że każda ponowna sytuacja stawania się ofiarą wydarzenia potencjalnie traumatycznego może być uznana za rewiktymizację. Może dojść do niej nawet wówczas, gdy wydarzenie wtórne będzie miało zupełnie odmienny charakter i będzie to np. wypadek komunikacyjny czy doświadczenie katastrofy naturalnej. Założenie to opiera się na wynikach analiz statystycznych, które wskazują, że osoby doświadczające przemocy w dzieciństwie w swoich biografiach wskazują na znacznie więcej zróżnicowanych doświadczeń traumatycznych niż osoby, które przemocy nie doświadczyły. Zdaniem części autorów świadczy to o możliwości wystąpienia niespecyficznej podatności na doświadczanie zróżnicowanych urazów i wiktymizacji wśród osób doświadczających przemocy w dzieciństwie (np. Duckworth, Follette, 2012; Widom, Czaja, Dutton, 2008).

Podobnie w zakresie umiejscowienia wydarzenia pierwotnie wiktymizującego w życiu człowieka można wyróżnić dwa dominujące stanowiska. W pierwszym ujęciu za



rewiktyzację wśród osób doświadczających przemocy w rodzinie będzie uznawać się każde powtórzenie agresywnego ataku ze strony innej osoby, np. partnera. Z tego powodu najczęściej w obszarze zainteresowania pozostaje wąski okres w życiu człowieka, np. dorosłość. Oznacza to, że genezy rewiktyzacji w tym ujęciu nie wywodzi się z wczesnych doświadczeń w rodzinie, a jedynie z najbliższej przeszłości (m.in. Foa i in., 2000; Kuijpers i in., 2011). Wydaje się, że to stanowisko jest charakterystyczne dla badań skoncentrowanych na poszukiwaniu najsilniejszych empirycznych predyktorów rewiktyzacji, w których mniejszą wagę przywiązuje się do tworzenia modeli teoretycznych wyjaśniających genezę zjawisk psychicznych.

W drugim podejściu zakłada się, że rewiktyzacja polega na powtórzeniu doświadczenia przemocy, które miało miejsce w dzieciństwie. W tym celu przeprowadza się retrospektywną analizę życia dorosłej osoby doświadczającej przemocy w celu odnalezienia zdarzenia pierwotnie wiktyzującego. Gdy takie zdarzenie można wskazać w dzieciństwie ofiary, uznaje się, że zaistniała rewiktyzacja (np. Dutton, 1994; Gay, 2013). W tego typu badaniach znacznie częściej obserwuje się odwołanie do konkretnej tradycji teoretycznej, która dostarcza wytycznych na temat charakteru i kierunku badanych zależności.

Przedstawione przykłady z publikacji naukowych obrazują duże trudności, jakie pojawiają się podczas próby zaadaptowania pojęcia opisującego zjawisko obserwowane na poziomie społecznym do nauki zajmującej się procesami jednostkowymi, tutaj – psychologii. W prezentowanej pracy uznajemy, że rewiktyzacja stanowi szczególny przypadek powtórzenia wydarzenia traumatycznego polegający na ponownym udziale w roli ofiary w sytuacji przemocy interpersonalnej. Z samego opisu tego zjawiska nie wynikają jednak jego przyczyny. Podejrzewamy, że rewiktyzacja to zjawisko polietologiczne. Termin ten opisuje powtórzenie faktu przemocy, który może zaistnieć na skutek m.in.:

- 1) niepomyślnych przypadkowych okoliczności życiowych,
- 2) niekorzystnych dla siebie wyborów,
- 3) działania mechanizmu psychopatologicznego.

W prezentowanej pracy definicja rewiktyzacji wynika z przyjętej koncepcji teoretycznej wczesnych nieadaptacyjnych schematów Jeffreya Younga (2014). Uznano, że koncepcja ta pozwala w najlepszy sposób opisać i wyjaśnić to zjawisko. Zgodnie z nią uznaje się, że rewiktyzacja stanowi konsekwencję doświadczenia urazowego, w którego następstwie rozwinął się mechanizm psychopatologiczny, skutkujący m.in. nieintencjonalnym

powtarzaniem pierwotnie doznanego doświadczenia traumatycznego. Dlatego o rewiktymizacji w psychologii klinicznej możemy mówić, gdy pierwotne doświadczenie traumatyczne stanowi czynnik etiologiczny doświadczenia wtórnego; tj. istnieje mechanizm psychopatologiczny łączący dwa pozornie niezwiązane ze sobą traumatyczne wydarzenia w zależność przyczynowo-skutkową. W tym wypadku wydarzenie traumatyczne powinno zapoczątkować zmianę osobowości. Zmiana ta musi zarówno dotyczyć ukształtowania sztywnych przekonań o sobie, innych ludziach i otaczającym świecie, jak i ukonstytuować współwystępujące reakcje emocjonalne. Podejrzewam, że przekonania te będą aktywizować się w bliskich emocjonalnie relacjach i ujawniać się poprzez twierdzenia o tym, że inni ludzie są niegodni zaufania oraz mogą stanowić źródło krzywdy fizycznej i emocjonalnej. Wspomniane przekonania będą występować wraz z wspierającą je reakcją emocjonalną, która może wzmacniać dążenia do potwierdzenia przekonań o osobie i o otaczającym świecie, np. poprzez selektywną interpretację faktów lub angażowanie się w relacje obarczone wysokim ryzykiem doznania krzywdy. W przedstawionej definicji rewiktymizacja jawi się jako specyficzna konsekwencja doświadczenia traumatycznego, które doprowadziło do zaburzonego rozwoju osobowości, co z kolei odgrywa bezpośrednią rolę w występowaniu tego zjawiska.

### **1.3. Rozpowszechnienie**

Współcześnie na podstawie wiarygodnych szacunków jesteśmy w stanie ocenić wielkość populacji osób nieletnich, które przed osiągnięciem dorosłości doznały przemocy. Wyniki polskich badań wskazują, że problem ten może dotyczyć nawet 1/3 populacji dzieci. Analizy przeprowadzone na reprezentatywnej próbie ( $N=1005$ ) w wieku od 11 do 17 lat w ramach projektu „Ogólnopolska diagnoza problemu przemocy wobec dzieci” wskazują, że 34% badanych doświadczyło przemocy, w tym 21% badanych – przemocy fizycznej ze strony rodziców bądź innych znajomych osób dorosłych. Z kolei 6% dzieci wskazało, że to doświadczenie doprowadziło do bólu w kolejnych dniach, skaleczeń, siniaków lub złamań. W 2014 roku w Polsce osoby w wieku do 17 lat stanowiły około 18% ogólnej populacji (tj. ok. 6 mln 943 tys. osób; Wójcik, 2013). Nieco odmienne wyniki dostarczają badania prowadzone na reprezentatywnej próbie ( $N=2,030$ ) dzieci w wieku 2–17 lat w Stanach Zjednoczonych. Wskazały one, że około 13,3% badanych dzieci doświadczyło przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej lub poważnego zaniedbania ze strony bliskich (Finkelhor i in., 2005). Rozbieżności w szacunkach mogą wynikać zarówno z rozpowszechnienia zjawiska, jak i budowanych definicji.

Wiedza z obszaru psychologii stresu i traumy każe nam założyć, że każde wydarzenie, nawet to najbardziej dotkliwe, jest wydarzeniem jedynie potencjalnie traumatycznym. To znaczy, że może, ale nie musi prowadzić do negatywnych konsekwencji psychologicznych, tj. powodować uraz emocjonalny (m.in. Friedman i in., 2007). To, czy do pojawienia się traumy dojdzie, zależy od wielu czynników związanych zarówno z charakterystyką samego wydarzenia, jak i z cechami osoby go przeżywającej. Z tego powodu należy podkreślić, że sam fakt zaistnienia przemocy, niezależnie od jej formy i intensywności, nie dostarcza informacji o psychologicznych skutkach. W badanych populacjach znajdują się zarówno osoby, dla których psychiki tego typu doświadczenie nie będzie miało istotnego znaczenia, jak i takie, u których będzie ono stanowiło bodziec urazowy i doprowadzi do trwałych zmian psychologicznych. Dlatego przytoczone dane populacyjne pozwalają jedynie oszacować wielkość grupy narażonej na negatywne konsekwencje tego typu doświadczeń. Z tego powodu pojawiają się poważne trudności przy próbie realnego oszacowania zjawiska rewiktymizacji, czyli wskazania, jaki procent osób, na skutek doznawania przemocy w dzieciństwie, będzie doświadczać jej na dalszych etapach życia.

Większość istniejących raportów dotyczących powszechności przemocy zawiera ogólne dane statystyczne na temat rozpowszechnienia tego zjawiska w społeczeństwie, jednak często z pominięciem uwzględnienia informacji dotyczących wielokrotnego doznawania przemocy w ciągu życia. W tej sytuacji głównym źródłem dostępnych danych są wyniki prac badawczych, które niestety ze względu na duże różnice w występujących definicjach przemocy i metodologii badań prezentują dość niejednoznaczne wyniki. Jednych z najbardziej miarodajnych szacunków dostarczają wyniki badań telefonicznych National Violence Against Women Survey, przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie ponad 16 tysięcy Amerykanów (Tjaden, Thoennes, 2000). Analizy wykazały, że kobiety, które w przeszłości zetknęły się z przemocą psychiczną, fizyczną bądź seksualną, 2,5–3 razy częściej doznawały przemocy jako dorosłe niż osoby bez tego typu doświadczeń. Dalsze analizy tej bazy danych ujawniły, że w tej grupie znacząco wzrastało ryzyko przemocy zarówno ze strony innej osoby, jak i męża/partnera. Dla przemocy fizycznej wskaźnik ten wynosił 1,3 raza częściej niż w grupie porównawczej, a dla seksualnej – trzy razy. Ponadto w podgrupie, która doznawała w dzieciństwie zarówno przemocy seksualnej, jak i fizycznej, ryzyko rewiktymizacji było niemal pięciokrotnie wyższe (Desai i in., 2002).

Podobnych wyników dostarczają analizy przeprowadzone przez Rachel Kimerling z zespołem (2007). Projekt badawczy uwzględnił zebranie reprezentatywnej grupy 11 056 kobiet,

badanych w ramach California Women's Health Survey w latach 2002–2004. W badaniu pytano o doświadczenia przemocy zarówno fizycznej, jak i seksualnej. Wyniki wskazują, że 12,2% kobiet z badanej populacji doznało przemocy zarówno przed 18. rokiem życia, jak i w dorosłości. Co ważne z perspektywy badań nad rewiktymizacją, ponad połowa kobiet, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie (50,2%), doznała jej ponownie jako osoby dorosłe. Z kolei w podgrupie, która nie doznawała przemocy w dzieciństwie, tylko 14,1% miało z nią do czynienia w wieku dorosłym. Związek pomiędzy doświadczaniem przemocy w dzieciństwie i dorosłości został utrzymany również po kontroli zmiennych ubocznych, takich jak rasa, wiek, wykształcenie czy sytuacja materialna. Opisywane wyniki wskazują, że ponad połowa osób doświadczających przemocy w dzieciństwie może doświadczyć przyszłej rewiktymizacji. W skali społeczeństwa jest to ok. 6% populacji ogólnej. Uzyskane wnioski zachęcają do formułowania pytań o różnice pomiędzy grupą, w której zachodzi rewiktymizacja, a tą, która mimo doznawania przemocy w rodzinie, nie powtórzyła tego doświadczenia w dorosłości.

W tym miejscu warto przytoczyć również doniesienia, które pomogą oszacować, jak wiele epizodów doświadczanej przemocy w danej jednostce czasu może kryć się pod terminem ponownej wiktymizacji. Dane z badań British Crime Survey, w których uczestniczyło 50 tysięcy osób w wieku powyżej 16 lat w zakresie przestępstw, jakich doświadczyli w ostatnim roku, wskazują, że 2/3 badanych osób doświadczających przemocy doznawało wielokrotnych ataków (średnio 20 epizodów przemocy) w ciągu ostatniego roku (ze strony różnych sprawców). Z kolei około 57% badanych doświadczało wielokrotnie przemocy domowej ze strony jednego sprawcy. Przytoczone dane wskazują, że w większości przypadków rewiktymizacja obejmuje intensywną i wielokrotnie powtarzającą się przemoc (Walby, Allen, 2004).

W formułowaniu wniosków na podstawie przytoczonych danych należy uwzględnić również podnoszone argumenty na temat ich słabości. Autorzy obszernej pracy przeglądowej na ten temat Lauren Cattaneo i Lisa Goodman (2005) zauważają, że wskaźnik ponownego doświadczania przemocy różni się w zależności od metodologii badania. Analizy oparte na oficjalnych zgłoszeniach spraw do sądu wskazują, że jedynie 1,6% z nich dotyczy przemocy (por. Ford, Regoli, 1992, za: Buzawa, Buzawa, 1992). Z kolei badania oparte na wywiadach z partnerkami sprawców ujawniają, że relacja powraca do przemocowych wzorów funkcjonowania w 20,5% do 93% przypadków (por. Dunford, 2000; Jacobson i in., 1996).

Pomimo trudności w szczegółowym oszacowaniu rozpowszechnienia rewiktymizacji, zaprezentowane dane wskazują, że zjawisko to może stanowić stosunkowo częstą konsekwencję doznawania przemocy. Istnieje wysokie ryzyko, że osoba doświadczająca przemocy w wieku dziecięcym będzie na nią narażona przez resztę życia, czemu będzie towarzyszyć cierpienie zarówno psychiczne, jak i w niektórych przypadkach fizyczne. Ponadto zasadność zainteresowania naukowego tym zjawiskiem podkreśla fakt, że może to dotyczyć nawet 6% kobiet w skali populacji ogólnej. W polskich warunkach byłoby to około 1 188 960 kobiet (Główny Urząd Statystyczny, 2020).

## **Rozdział 2. Uwarunkowania rewiktymizacji – koncepcje i modele psychospołeczne**

Dla przedstawienia pełnego obrazu zjawiska rewiktymizacji należy przybliżyć problematykę samej traumy jako doświadczenia, w którego następstwie dochodzi do czasowej, lub trwałej zmiany w osobowości człowieka. Zmiana, o której tutaj mowa może doprowadzić do zaburzeń funkcjonowania układu nerwowego, pojawienia się zróżnicowanych objawów psychopatologicznych, jak również wspomnianej wcześniej tendencji do powtarzania wydarzeń traumatycznych. W poniższym rozdziale przedstawiono podstawowy zarys wiedzy na temat wydarzeń traumatycznych i ich skutków dla funkcjonowania psychicznego człowieka.

### **2.1. Wprowadzenie do problematyki traumy psychologicznej**

Współcześnie praktyka zarówno medyczna, jak i psychologiczna używają pojęcia traumy (z gr. rana) nie tylko w klasycznym kontekście, tj. do opisu uszkodzenia ciała, ale również w sensie metaforycznym – do opisu reakcji osobowości na zewnętrzne doświadczenie, które w znaczący sposób przekracza zdolności osoby do poradzenia sobie z nim (Markowski, 2002). Rany, o których tutaj mowa, choć mogą przejawiać się w subiektywnych, trudnych do obiektywnej weryfikacji odczuciach, przeżywane są tak samo realnie jak somatyczne rany ciała. Niemniej, uznanie, że istnieje przyczynowo-skutkowy związek pomiędzy doświadczeniem trudnego emocjonalnie wydarzenia a trwałymi zmianami osobowości w przeszłości nie było oczywiste. Zanim przyjęto możliwość wystąpienia takiego związku, specjaliści przeprowadzili wieloletnie badania i obserwacje, którym towarzyszyła ożywiona debata akademicka.

Przed drugą połową XIX wieku praktyka lekarska nie wyróżniała diagnostycznie schorzeń nerwowych występujących w konsekwencji doświadczenia stresu. W tamtym okresie w ramach głównego dyskursu środowisk medycznych przyjmowano, że choroby psychiczne i zaburzenia emocjonalne stanowią bezpośredni przejaw uszkodzenia układu nerwowego. Obserwacje osób poszkodowanych w wypadkach kolejowych podważyły te redukcjonistyczne przekonania. Budowa sieci kolei żelaznej spowodowała pojawienie się na szeroką skalę wypadków komunikacyjnych, które zwróciły uwagę specjalistów na problem schorzeń wśród ich ofiar. Odnotowano, że część z nich miała objawy paraliżu, doznała utraty słuchu, wzroku lub występował mutyzm, mimo tego, że osoby te nie odniosły w wypadkach widocznych ran fizycznych uzasadniających taki stan. Zespół tego typu symptomów pojawiających się z

niejasnych przyczyn na skutek wypadków nazywano *kręgosłupem kolejowym* (ang. *railway spine*). Część brytyjskich lekarzy uważała, że podczas wypadku u pacjentów musiało dochodzić do ukrytych, wewnętrznych uszkodzeń układu nerwowego, innych niż znane wtedy m.in. objawy wstrząśnięć mózgu czy wylewów, co miało wyjaśniać pojawianie się objawów zaburzeń nerwowych (por. Erichsen, 1867). Założenie to zostało poddane w wątpliwość, ponieważ w wielu przypadkach do pojawienia się skarg u pacjentów dochodziło po kilku dniach od zajścia wypadku bez innych towarzyszących objawów neurologicznych i somatycznych. Skłoniło to lekarzy do rozważenia możliwości, że natura symptomów mogła być odmienna niż biologiczna, tj. wynikać z emocjonalnych konsekwencji samego faktu doświadczenia wypadku (Shorter, 2005). Rozwój refleksji naukowej na temat psychologicznych konsekwencji wypadków nabrał rozpędu w wyniku sądowych procesów o odszkodowanie, jakie brytyjscy pasażerowie wytaczali kompaniom kolejowym, skarżąc się, że pomimo braku uszkodzenia ciała, po doświadczonego wypadku nie mogą wrócić do wykonywanej wcześniej pracy zawodowej. Sceptyczna część opinii publicznej uważała, że nieweryfikowalne skargi na objawy natury nerwowej są rodzajem oszustwa, jakie podejmowano, by bezprawnie wyłudzić odszkodowanie (Horwitz, 2018).

Podobne rozumienie zaburzeń emocjonalnych wywołanych przerażającymi doświadczeniami można odnaleźć w źródłach dotyczących wojny secesyjnej w Stanach Zjednoczonych (1861–1865). Był to jeden z pierwszych konfliktów zbrojnych, w którym wykorzystano nowoczesną broń palną i artyleryjską na masową skalę bez konieczności długotrwałego szkolenia jej obsługi. Umożliwiło to włączenie do walki dużej liczby młodych ludzi nawet bez wcześniejszego szkolenia wojskowego. Uważa się, że te dwa czynniki, tj. brak długotrwałego przygotowania i niespotykana do tej pory brutalność wojny, przyczyniły się do powszechnego występowania u żołnierzy zaburzeń emocjonalnych. Oficjalnie stosunkowo rzadko rozpoznawano wśród żołnierzy objawy zaburzeń psychicznych. Dane szpitali Unii stanów północnych walczącej z Konfederacją wskazują, że rozpoznanie choroby psychicznej pojawiło się u mniej niż jednego procenta spośród około miliona żołnierzy. W tej grupie rozpoznawano najczęściej „szaleństwo”, „nostalgię” lub „porażenie słoneczne”. Używany język diagnostyczny nie zawierał kategorii schorzeń wywołanych na skutek doświadczeń zagrażających życiu (por. Leese, 2002).

Przytoczone statystyki stoją w sprzeczności z relacjami dowódców i lekarzy polowych, którzy w listach i raportach wskazywali na powszechnie występującą wśród żołnierzy niezdolność do walki. Relacje zawierały bardzo zróżnicowane opisy bezsenności, odmawiania

posiłków, drgawek, paraliżu części ciała, utraty wzroku, omdleń, urojeń, halucynacji czy innych stanów dysocjacyjnych. Zgłaszane przez żołnierzy objawy zaburzeń nerwowych były odbierane głównie jako symulowanie choroby. Do opisu zachowań żołnierzy nie używano języka medycznego, ale pojęć i kategorii społecznych; tendencje do nazywania tego typu objawów lenistwem, zepsuciem moralnym, tchórzostwem czy brakiem patriotyzmu były powszechne. Wyjątek stanowiły sytuacje, w których symptom można było powiązać z somatycznym uszkodzeniem ciała lub dysfunkcją narządu. Powrót weteranów do domów po zakończeniu działań zbrojnych ujawnił wieloaspektowe trudności z ich adaptacją do codziennego funkcjonowania, szczególnie w radzeniu sobie z bolesnymi wspomnieniami i stanami emocjonalnymi, które te wspomnienia wywoływały. Powszechna wśród byłych żołnierzy stała się niezdolność do pracy. Brak rozwiązań społecznych i pomocy medycznej przyczyniły się do tego, że weterani często nadużywali alkoholu czy laudanum. Środki psychoaktywne pomagały radzić sobie z dotkliwymi symptomami, jednakże w długofalowym rozrachunku przyczyniały się do pogorszenia funkcjonowania społecznego i ogólnego stanu zdrowia (Horwitz, 2018).

Doświadczenia społeczne związane z Rewolucją Przemysłową, jak również konsekwencjami konfliktów zbrojnych ujawniły słabość ówczesnej nauki, w tym medycyny wobec niedomagań związanych z funkcjonowaniem psychiki ludzkiej. Bezradność wobec tej problematyki wymusiła rozwój badań i refleksji teoretycznych, szczególnie widocznych w ostatnim trzydziestoleciu XIX wieku. To z kolei, zaowocowało zmianami w społecznym rozumieniu wpływu stresu traumatycznego na psychikę człowieka. Należy podkreślić, że pomimo wzrostu zainteresowania tą problematyką, podstawowe pytania pozostawały wówczas bez odpowiedzi: 1) Dlaczego część osób nie rozwijała charakterystycznych symptomów, pomimo że doświadczyła tego samego zdarzenia? 2) Co zrobić z ranami, które są niewidoczne dla oka, same się nie goją i powodują realne cierpienie?

Doświadczenia społeczne związane z rewolucją przemysłową, jak również konsekwencjami konfliktów zbrojnych ujawniły słabość ówczesnej nauki, w tym medycyny, wobec niedomagań związanych z funkcjonowaniem psychiki ludzkiej. Bezradność wobec tej problematyki wymusiła rozwój badań i refleksji teoretycznych, szczególnie widoczny w ostatnim trzydziestoleciu XIX wieku. Zaowocował on zmianami w społecznym rozumieniu wpływu stresu traumatycznego na osobowość. Należy podkreślić, że mimo wzrostu zainteresowania tą problematyką, podstawowe pytania pozostawały wówczas bez odpowiedzi: 1) Dlaczego część osób nie rozwijała charakterystycznych symptomów, chociaż doświadczyła



tego samego zdarzenia? 2) Co zrobić z ranami, które są niewidoczne dla oka, same się nie goją i powodują realne cierpienie?

Przełomowe dla powstawania koncepcji wyjaśniających konsekwencje traumatycznych doświadczeń było dostrzeżenie przez specjalistów podobieństwa w symptomatologii pomiędzy objawami zgłaszanymi przez ofiary wypadków i wojen a pacjentami leczonymi na nerwicę histeryczną. Należy zaznaczyć, że na przestrzeni wieków rozumienie tego schorzenia znacząco się zmieniało. W drugiej połowie XIX wieku pod nazwą hysterii mieściło się wiele bardzo zróżnicowanych objawów, m.in. zaburzeń emocjonalnych i psychofizjologicznych, często o gwałtownym, scenicznym charakterze, obejmującym również zaburzenia konwersyjne, stany dysocjacyjne, paralize i omdlenia (Laplanche, Pontalis, 1996). Podobieństwo objawów sprawiło, że traktowano zaburzenia po stresie traumatycznym jako objawy specyficznego typu nerwicy, zwanej potem nerwicą traumatyczną (ang. *traumatic neurosis*). Konceptualizacja hysterii i opracowanie skutecznych metod leczenia należały do głównych zainteresowań ówczesnych neurologów, zatem włączenie objawów traumy do tej samej grupy schorzeń spowodowało gwałtowny rozwój naukowej refleksji nad nimi. Systematyczne studia Sigmunda Freuda (1895/2008; 1920/2005) i Pierre’a Janeta nad histerią, traumą i dysocjacją stworzyły podstawy współczesnego myślenia o wydarzeniach traumatycznych i ich konsekwencjach dla psychiki ludzkiej (van der Kolk, van der Hart, 1989).

Szczególnie znaczące dla współczesnego stanu wiedzy wydają się prace Janeta, który kontynuując studia Jeana-Martina Charcota, opisywał przypadki żołnierzy cierpiących na gwałtownie nawracające wspomnienia bolesnych wydarzeń z frontu, którym towarzyszyło niekontrolowane pobudzenie emocjonalne. Badacz zauważył, że umysł pacjenta nie był w stanie włączyć doświadczonych przeżyć w istniejące wcześniej schematy poznawcze (m.in. przekonania na temat siebie i otaczającego świata). Wspomnienie pozostawało niezintegrowane, tj. oderwane (zdysocjowane) od świadomości pacjenta. W wyniku tego procesu psychicznego bolesne doświadczenie i jego konsekwencje znajdowały się poza kontrolą umysłu chorego. Reakcja pobudzenia i lęku, która pojawiała się w odpowiedzi na pierwotne wspomnienie, była zazwyczaj adekwatna do przeżytego zagrożenia, jednak jej utrzymywanie się, również po ustąpieniu stresora, wskazywało na utratę adaptacyjnej funkcji tych reakcji emocjonalnych. Wspomniany brak integracji doświadczenia traumatycznego uniemożliwiał bądź wyraźnie utrudniał przeżywanie i integrowanie nowych doświadczeń, tak jakby życie pacjenta zatrzymało się w pewnym momencie w przeszłości i nie mogło być dalej kontynuowane (Horwitz, 2018; van der Kolk, van der Hart, 1989). Brak możliwości

zintegrowania traumatycznego doświadczenia wskutek bardzo wysokiego pobudzenia emocjonalnego, które towarzyszyło konfrontacji z nim, wywoływało symptomy, które współcześnie są rozpoznawane jako zespół stresu pourazowego (Gałęcki i in., 2018).

## **2.2. Wydarzenia potencjalnie traumatyczne i ich następstwa bio-psychospołeczne**

W publikacjach naukowych występuje duże zróżnicowanie definicji traumy psychologicznej. Podstawowe rozbieżności dotyczą tego, kiedy możemy mówić o wystąpieniu urazu psychicznego. Obserwuje się dwa dominujące stanowiska. W pierwszym uznaje się uniwersalność urazową pewnych sytuacji. W tym ujęciu samo zaistnienie wydarzenia, które powoduje zagrożenie zdrowia i życia bywa zrównywane z wystąpieniem traumy (Steuden, Jankowski, 2016). W drugim, podkreśla się rolę konsekwencji psychologicznych danego wydarzenia i na ich podstawie decyduje się, czy dane wydarzenie miało charakter traumatyczny. Dlatego też przyjmuje się, że stresory mogą mieć jedynie potencjalnie urazowy charakter. To, czy dojdzie do powstania traumy, będzie zależało zarówno od stresora, jak i od osobniczej psychologicznej podatności (Lis-Turlejska, 2005). Istniejące różnice wskazują na zmienność poglądów teoretyków na temat stresu psychologicznego. W budowaniu definicji stresu koncepcje ewoluowały od podkreślania roli bodźca (Janis, 1958), reakcji organizmu (Selye, 1956/1960), aż do ujęcia stresu jako wyniku transakcji podmiotu ze światem zewnętrznym (Lazarus, Folkman, 1984). W ujęciu transakcyjnym ważniejsza od obiektywnej wartości bodźca pozostała subiektywna reakcja człowieka, co w dużym stopniu zrelatywizowało myślenie o stresie. Próby rozstrzygnięcia wspomnianego sporu, tj. czy możemy mówić o obiektywnych wydarzeniach traumatycznych, czy jedynie o potencjalnie traumatycznych, stały się przedmiotem licznych badań i refleksji teoretycznych, rozpatrujących rolę zarówno zmiennych psychologicznych, jak i środowiskowych w powstawaniu zaburzeń pourazowych. Wśród często pojawiających się w badaniach zmiennych można wyróżnić kilka grup czynników, którym badacze (np. Brewin i in., 2000; Fenichel, 2014; Strelau, 2004) przypisują największą rolę w powstawaniu zaburzeń pourazowych, są to m.in.:

### **1) cechy wydarzenia:**

- a) rodzaj,
- b) natężenie,
- c) częstota;

- 2) charakterystyka osoby doświadczającej stresu:
  - a) cechy osobowości i zaburzenia psychiczne,
  - b) temperament,
  - c) czynniki genetyczne,
  - d) wcześniejsze traumatyczne doświadczenia;
- 3) okoliczności wystąpienia wydarzenia:
  - a) możliwość reakcji i bezsilność;
  - b) obowiązujące normy kulturowe i społeczne.

W tym miejscu podejmę próbę opisu części wymienionych czynników, w szczególności tych, których udział w powstawaniu urazu psychicznego został potwierdzony w badaniach empirycznych i obserwacjach klinicznych.

**Charakterystyka wydarzenia traumatycznego.** Obserwacje kliniczne i wyniki badań naukowych przekonują, że niektóre wydarzenia i okoliczności częściej niż inne w danej populacji osób prowadzą do pojawienia się negatywnych skutków emocjonalnych. Do uwzględnienia roli stresora w wystąpieniu konsekwencji psychologicznych przekonują zaobserwowane istotne różnice w obrazie klinicznym wśród pacjentów leczonych ze względu na zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD). Większość badanych prezentuje charakterystyczne spektrum symptomów m.in. nawracające wspomnienia wydarzenia traumatycznego, któremu towarzyszy duże pobudzenie emocjonalne, unikanie informacji, które mogłyby się kojarzyć z urazowym wydarzeniem, jak również współtowarzyszące zaburzenia nastroju i trudności poznawcze. Jednakże obraz kliniczny części pacjentów, którzy przeżyli długotrwałe, wielokrotnie powtarzające się wydarzenie traumatyczne, nierzadko z ręki bliskiej osoby (np. tortury, porwania, przemoc domowa, molestowanie seksualne), różni się od obrazu reszty pacjentów w trzech obszarach: 1) zgłaszane objawy są bardziej dotkliwe, uporczywe i wpływały na więcej obszarów funkcjonowania; 2) obserwuje się trwałe zmiany w osobowości tych pacjentów, szczególnie w zakresie zaburzeń tożsamości i zdolności tworzenia relacji z innymi ludźmi; 3) pacjenci prezentują skłonności do powtarzania doznanych traum zarówno poprzez zadawanie krzywdy sobie samemu, zachowania ryzykowne, jak i poprzez angażowanie się w sytuacje zwiększonego ryzyka krzywdy ze strony innych osób (Herman, 1992; Courtois, 2004). Zaobserwowane różnice stanowią jeden z argumentów za tym, że pewne cechy wydarzenia traumatycznego mogą mieć wpływ na natężenie doznawanych symptomów

zaburzeń emocjonalnych i na tworzenie prognoz skuteczności stosowanego leczenia. Przekonujące wyniki badań i obserwacje kliniczne skłoniły specjalistów do uznania roli natężenia i formy wydarzenia traumatycznego w powstawaniu objawów zaburzeń pourazowych, czego wynikiem są m.in. prace nad wyodrębnieniem nowej jednostki diagnostycznej złożonego zespołu stresu pourazowego (ang. Complex PTSD/CTSD; *disorders of extreme stress not otherwise specified*/DESNOS) (Pelcovitz i in., 1997).

**Charakterystyka osoby doświadczającej stresu.** Od początku gromadzenia systematycznej wiedzy na temat wpływu traumy na funkcjonowanie człowieka podkreślano znaczenie indywidualnej predyspozycji do rozwoju zaburzeń w wyniku doświadczenia sytuacji stresu traumatycznego. Szczególną uwagę klinicystów przykuły czynniki wrodzone, tj. charakterystyka genetyczna czy temperament, oraz psychologiczne, w tym cechy i zaburzenia osobowości.

**Czynniki genetyczne.** Wnioski z badań poprzecznych nad osobami cierpiącymi na PTSD wskazują, że w historii ich rodzin pojawiały się przypadki poważnych zaburzeń psychicznych znacząco częściej niż w grupie osób, która po doświadczeniu stresu traumatycznego nie rozwinęła symptomów psychopatologicznych. Obserwacje tego typu inspirują badaczy do poszukiwania wrodzonych czynników natury biologicznej predysponujących do rozwoju PTSD. Należy jednak podkreślić, że w przeciwieństwie do innych zaburzeń psychicznych PTSD jest stosunkowo słabo przebadane pod kątem predysponujących czynników genetycznych. W przeciwieństwie do wielu jednostek nozologicznych zespół stresu pourazowego jest zaburzeniem złożonym, na które składa się szereg odmiennych objawów. Brak pojedynczego centralnego objawu, który byłby kluczowy dla postawienia diagnozy, utrudnia prowadzenie poszukiwań predysponujących czynników genetycznych. Ponadto istnieje wiele zmiennych poprzedzających, głównie o charakterze psychicznym, które mają istotny wpływ na psychologiczne konsekwencje wydarzenia traumatycznego. Charakterystyka wielu pacjentów biorących udział w badaniach nad etiologią tego zaburzenia ujawnia bardzo duże zróżnicowanie wewnętrzne tej grupy, szczególnie w zakresie współistniejących zaburzeń psychicznych. Dla miarodajności wyników badania genetyczne na osobach cierpiących na PTSD powinny obejmować porównania grupy badawczej z grupą zdrową, a także grupy badawczej z ludźmi, którzy przeżyli podobny stres traumatyczny, ale w jego rezultacie nie rozwinęli objawów zaburzeń psychicznych. Taki

rozbudowany plan badawczy jest jednak bardzo trudny do zrealizowania, co ma wpływ na obecny stan ograniczonej wiedzy na temat udziału czynników genetycznych w rozwoju PTSD (Broekman i in., 2007).

Dostępne wyniki badań genetycznych, w dużej mierze o charakterze korelacyjnym, prowadzą do niespójnych wniosków na temat związku konkretnych genów z rozwojem objawów zespołu stresu pourazowego. Systematyczny przegląd publikacji wskazuje na prowadzenie badań nad rolą genów związanych z takimi neuroprzekaźnikami i hormonami jak: serotonina, dopamina, glukokortykoidy, GABA, apolipoproteina, neurotroficzny czynnik pochodzenia mózgowego czy neuropeptydy Y. W przypadku większości badanych czynników hipotezy dotyczące ich roli w rozwoju PTSD nie potwierdziły się bądź uzyskano sprzeczne wyniki. Wyjątkiem są badania nad genem transportującym serotoninę (5-HTT) (Kalia, 2005). Okazuje się, że wpływa on na poziom odpowiedzi organizmu na stresujące sytuacje, szczególnie w zakresie rozwijania objawów depresyjnych jako skutku doświadczania stresu (Mendlewicz i in., 2004). Wyniki wstępnych badań eksperymentalnych na zwierzętach potwierdzają zmienność w zakresie ekspresji genu 5-HTT w zależności od wystąpienia wczesnych stresujących wydarzeń życiowych (Bennett i in., 2002). Należy podkreślić, że miejsce transmisji serotoninerгіcznej w patofizjologicznym mechanizmie prowadzącym do rozwoju PTSD nie jest ciągle w pełni określone. Jednakże istnieje uzasadnione przekonanie co do roli serotoniny w występowaniu takich objawów zaburzeń po stresie traumatycznym, jak obniżony nastrój, nadmierne pobudzenia czy zaburzenia snu (Broekman i in., 2007).

**Temperament.** Badania nad wrodzonymi i dziedzicznymi cechami, które manifestują się w postaci cech temperamentu, dostarczają stosunkowo dużo informacji o roli czynników wrodzonych w etiologii zaburzeń powstałych w konsekwencji doświadczenia stresu traumatycznego. Wyniki zakrojonych na szeroką skalę rodzimych badań nad ofiarami powodzi i wypadków górniczych ( $N=1093$ ) wskazały, że niektóre cechy temperamentu mogą zarówno predysponować, jak i chronić przed rozwojem objawów zaburzeń po stresie traumatycznym. Wśród osób doznających wydarzeń traumatycznych, takie cechy temperamentu, jak żwawość (tendencja do szybkiego reagowania, utrzymywania dużego tempa wykonywanych czynności i łatwej zmiany zachowania), czy wytrzymałość (zdolność do realizacji czynności w obliczu trudnych sytuacji, np. silnego pobudzenia emocjonalnego, hałasu) miały wpływ na łagodniejsze konsekwencje psychiczne doświadczanych wydarzeń. Z kolei perseweratywność (tendencja do trwania i powtarzania danego zachowania po zaprzestaniu działania bodźca wywołującego to zachowanie) czy reaktywność emocjonalna (wysoka intensywność reakcji na bodźce

emocjonalne) stanowiły istotny predyktor rozwoju objawów zaburzeń po stresie traumatycznym. W przewidywaniu rozwoju objawów PTSD najważniejszymi czynnikami były: samo wydarzenie traumatyczne i wspomniana reaktywność emocjonalna. Podejrzewa się, że wysokie natężenie tej wrodzonej cechy w sytuacji konfrontacji ze stresorem traumatycznym prowadzi do bardzo silnego pobudzenia emocjonalnego, nad którym jednostka nie jest w stanie zapanować ani go poznawczo opracować. Może to powodować trudności w integracji poznawczej takiego doświadczenia i wywoływać charakterystyczny dla PTSD zestaw symptomów dysocjacyjnych, w tym objawy pobudzenia emocjonalnego nawet w kontakcie z neutralnym bodźcem (Strelau, Zawadzki, 2005).

**Cechy osobowości.** Pytania o rolę osobowości specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego zadawali sobie niemalże od początku badań nad emocjonalnymi konsekwencjami wydarzeń traumatycznych. Kwestia ta była podnoszona w publikacjach wielokrotnie. Powracała szczególnie w sytuacjach, gdy po wystąpieniu katastrof naturalnych czy wypadków komunikacyjnych okazywało się, że tylko niewielka grupa osób spośród tych, które doświadczyły wydarzenia traumatycznego, wymagała profesjonalnej pomocy z uwagi na występujące trudności emocjonalne. Osoby potrzebujące pomocy psychologicznej przejawiały często objawy zaburzeń dysocjacyjnych. Charakteryzowały się one m.in. specyficznym rozdziałem pomiędzy poznawczym opracowaniem przeżycia a jego emocjonalnym doświadczeniem, obserwowanym w reakcjach osób doświadczających wydarzeń traumatycznych. Osoby te np. bez emocji relacjonowały zagrażające ich życiu i zdrowiu zdarzenie, by w innym momencie przeżywać niezrozumiałe dla siebie i otoczenia stany nagłego pobudzenia emocjonalnego, które dotyczyło doświadczonego wydarzenia, choć było oderwane od jego poznawczego aspektu.

Przykładem podobnego typu refleksji były obserwacje poczynione w latach 80. ubiegłego wieku w południowej Australii, gdzie miał miejsce rozległy pożar lasów. Od ognia spłonęło wtedy wiele domów, zginęło 28 osób, a dwa i pół tysiąca ludzi odniosło obrażenia. Obserwacje poczynione wśród osób, które w następstwie tego wydarzenia zgłaszały się po pomoc ze względu na wystąpienie objawów psychopatologicznych, pokazały, że większość z tej grupy pacjentów już wcześniej leczyła się na zaburzenia psychiczne lub miała historię chorób psychicznych w rodzinie. Pojawiły się wówczas hipotezy, że wcześniejsze predyspozycje osobowościowe mogą mieć większe znaczenie dla wystąpienia zaburzeń po

stresie traumatycznym niż sama dotkliwość stresora (McFarlane, 1986). Podobne obserwacje poczynione podczas badań nad traumą zainspirowały do pogłębionych studiów nad indywidualną podatnością na rozwój tego typu zaburzeń.

Wyniki badań przekonują, że niektóre cechy osobowości bardziej niż inne predysponują do rozwoju zaburzeń pourazowych. Szczególne znaczenie badacze przypisują m.in. neurotyczności. Przekrojowe badania prowadzone na nieklinicznej populacji studentów wskazują, że wysoki poziom neurotyczności badanych korelował z nasileniem objawów PTSD. Neurotyczność jako cecha osobowości jest rozumiana jako skłonność do silnych reakcji emocjonalnych w obliczu niepożądanych wydarzeń. To oznacza, że osoby cechujące się silnie rozwiniętą neurotycznością będą reagowały intensywnymi, gwałtownymi emocjami i wolniej będą się uspokajały, co może być odbierane przez otoczenie jako niska odporność na stres. Inną cechą osobowości neurotycznej jest skłonność do nadmiernego krytycyzmu, negatywizmu w myśleniu i popadania w przygnębienie (m.in. Vrana, Lauterbach, 1994). Wyniki badań przekrojowych znalazły potwierdzenie również w badaniach prospektywnych, jakie prowadzono na grupach ogólnych, których uczestnicy byli badani zarówno przed wystąpieniem wydarzenia traumatycznego, jak i po nim (Breslau, Schultz, 2013; Knežević i in., 2005). Przypuszcza się, że neurotyczność prowadzi do podobnego przebiegu procesów emocjonalnych podczas konfrontacji ze stresorem traumatycznym, co ze stresorami dnia codziennego. W obliczu stresora osoba z wysokim nasileniem tej cechy tak interpretuje sytuację, że wywołuje ona silne pobudzenie emocjonalne. Co więcej, osoba ta nie jest w stanie powstałego pobudzenia skutecznie wyhamować za pomocą procesów poznawczych. Wysoka neurotyczność wśród pacjentów będzie zatem sprawiać, że lęk spowodowany przez stresor będzie mieć większe natężenie i utrzyma się dłużej niż u innych osób. Bardzo możliwe, że wywołana przez stresor traumatyczny reakcja doprowadzi do bardziej rozległych konsekwencji i tym samym przyczyni się do pojawiania się objawów zaburzeń potraumatycznych (por. Strelau, 2004).

**Zaburzenia psychiczne i zachowania.** Obserwacje kliniczne prowadzone na grupach pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób psychicznych wskazują, że wielu z nich, w szczególności cierpiących na zaburzenia osobowości oraz poważne zaburzenia zachowania, doświadczyło na wczesnych etapach życia przemocy lub poważnego zaniedbania ze strony swoich opiekunów. Wspomniana zależność jest dobrze znana i doczekała się potwierdzenia w badaniach empirycznych (m.in. Carmen i in., 1984; Mauricio i in., 2007; Zanarini i in., 1999). Osobowość jest konstruktem bardzo złożonym, na który składają się zarówno cechy uformowane w wyniku wczesnych doświadczeń, tj. kontaktu z opiekunami, wychowania i

uczenia się, jak również powstałe na bazie predyspozycji wrodzonych. Trudno jest zatem wskazać w badaniach empirycznych związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy występowaniem zaburzeń osobowości a wydarzeniami traumatycznymi. Czy jest tak, że osoby cierpiące na zaburzenia osobowości prezentują większą tendencję do doświadczania wydarzeń traumatycznych? Czy może jednak to wydarzenia traumatyczne, szczególnie te wczesne, zwiększają ryzyko nieprawidłowego rozwoju osobowości? Podejrzewamy, że oba wspomniane kierunki mogą być prawdziwe. Wyniki wiarygodnych badań wskazują na istnienie związku między doświadczaniem wczesnych wydarzeń traumatycznych a rozwojem poważnych zaburzeń osobowości, m.in. zaburzenia osobowości typu borderline (Ball, Links, 2009; Cierpiałkowska, Pasikowski, 2013; Widom, Czaja, Paris, 2009). Jednakże obserwacje kliniczne dostarczają również argumentów za drugą hipotezą. Pacjenci cierpiący na poważne zaburzenia osobowości, częściej niż inni mogą doświadczać sytuacji ryzykownych, w tym związanych z przemocą fizyczną i seksualną, jak również wypadkami komunikacyjnymi (Arntz, van Genderen, 2016).

**Podsumowanie.** W prezentowanej pracy przychyliam się do stanowiska, że wystąpienie sytuacji zagrożenia zdrowia i życia nie jest wystarczającym kryterium do stwierdzenia, że u danej osoby doszło do powstania urazu psychicznego, czyli że dane doświadczenie miało charakter traumatyczny (tj. urazowy). O tym, czy uraz psychiczny powstał, możemy jedynie stwierdzić *post factum*, tj. po obserwacji skutków, jakie wydarzenie miało dla osobowości danego pacjenta. Wystąpienie zaburzenia funkcjonowania, w tym objawów psychopatologicznych może przekonywać, że przeżyte doświadczenie miało charakter traumatyczny. Obserwacje pacjentów doświadczających potencjalnie traumatycznych sytuacji obrazują, że samo wystąpienie zagrożenia zdrowia i życia nie prowadziło u wszystkich do istotnego zachwiania stabilności psychicznej. U większości osób badanych doświadczenie stresu powodowało nieprzyjemne odczucia, ale nie wywoływało symptomów zaburzeń emocjonalnych. W części przypadków nawet jeśli doszło do destabilizacji, objawy ustępowały w krótkim czasie od zniknięcia stresora. Tylko w pewnej stosunkowo nielicznej grupie przypadków (zazwyczaj w ok. jednej trzeciej grupy osób z rozwijającymi się objawami zaburzeń w wyniku doświadczonego stresu) symptomy przyjmowały charakter uporczywy i utrzymywały się niezależnie od obecności stresora, który je wywołał (m.in. Horwitz, 2018; Mehnert, Koch, 2007; Raphael, 1995; Strelau, 2004). Z tego powodu trudno jest jednoznacznie przewidzieć, który bodziec doprowadzi u konkretnej osoby do powstania urazu psychicznego, tj. będzie bodźcem traumatycznym. Przyjmuje się zatem, że do wystąpienia urazu psychicznego



przyczyniają się zróżnicowane czynniki związane zarówno z samym wydarzeniem (np. rodzaj i siła stresora), okolicznościami wystąpienia, jak i z cechami podmiotowymi jednostki (np. wyposażenie genetyczne, temperament, wcześniejsza historia życia, cechy osobowości i współwystępujące zaburzenia). Wystąpienie urazu psychicznego nastąpi w sytuacji niekorzystnej konfiguracji wymienionych czynników i będzie objawiać się m.in. wystąpieniem symptomów psychopatologicznych. Dlatego też należy mieć na uwadze, że najczęściej mówiąc o doświadczeniach życiowych zwiększających ryzyko wystąpienia urazu psychicznego, mówimy *de facto* o wydarzeniach potencjalnie traumatycznych, a nie o wydarzeniach traumatycznych.

### **2.3. Specyficzne konsekwencje wydarzeń potencjalnie traumatycznych a rewiktylizacja**

W publikacjach naukowych dotyczących traumy psychologicznej zauważamy tendencję do odchodzenia od wyjaśnienia tego typu fenomenów psychicznych za pomocą teorii osadzonych w kontekście konkretnego paradygmatu psychologicznego, w kierunku badań empirycznych pozbawionych wyraźnego tła teoretycznego. Zjawisko to dotyczy szczególnie tych prac, które powstały po 1980., tj. po wydaniu DSM-III, w którym po raz pierwszy pojawiła się kategoria diagnostyczna PTSD. Niemniej jednak tego typu prace naukowe rzucają pewne światło na to, jakie czynniki zwiększają ryzyko wystąpienia negatywnych skutków wydarzeń traumatycznych, w tym tendencji do ich powtarzania w ciągu życia. Jest to szczególnie ważne dla klinicystów zajmujących się prewencją, typowaniem i pomocą świadczoną osobom obciążonym największym ryzykiem.

Z oczywistych względów nie prowadzi się badań eksperymentalnych dotyczących konsekwencji wydarzeń traumatycznych na ludziach. Większość z dostępnych wyników badań ma charakter korelacyjny bądź regresyjny. Prześledzenie licznych doniesień na temat wpływu wydarzeń traumatycznych na funkcjonowanie psychiczne człowieka pozwala stworzyć obraz bardzo zróżnicowanych symptomów i zaburzeń. Część z nich ma charakter zaburzeń definiowanych klinicznie i są to: wysokie ryzyko rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Danielson i in., 1998), chroniczne zaburzenia nastroju (Estefan i in., 2016), zaburzenia zachowania (w tym zachowania agresywne, skierowane na siebie bądź na otoczenie) (m.in. Hillis i in., 2000; National Research Council, 1993), zaburzenia osobowości, w tym osobowości histrionicznej, typu borderline (Fossati i in., 1999) i zaburzenia dysocjacyjne, w tym zaburzenia po stresie traumatycznym (Mertin, Mohr, 2001) – ma charakter

zaburzeń definiowanych klinicznie. W prezentowanym rozdziale opisane zostały czynniki, którym przypisuje się szczególną rolę w powstawaniu zjawiska rewiktymizacji.

### **2.3.1. Dysocjacja i PTSD – informacje ogólne**

Spośród zróżnicowanych konsekwencji wydarzeń traumatycznych zaburzenia dysocjacyjne i PTSD zajmują szczególne miejsce w publikacjach naukowych. Głównym powodem tego zainteresowania badaczy jest fakt, że w wielu przypadkach ich objawy stanowią bezpośrednie, ew. obserwowane w stosunkowo krótkim odstępie czasu konsekwencje psychiczne wydarzenia traumatycznego. Ponadto leczenie symptomów tych zaburzeń było i pozostaje poważnym wyzwaniem dla klinicystów. Współcześnie część specjalistów zauważa znaczące podobieństwa pomiędzy tymi zaburzeniami i przyjmuje, że zainteresowanie konsekwencjami wydarzeń traumatycznych stanowi w dużej mierze refleksję wokół zaburzeń dysocjacyjnych. Podział klasyfikacyjny, który pojawił się od DSM-III na rozpatrywanie osobno zaburzeń związanych z działaniem stresu i zaburzeń dysocjacyjnych jest uznawany za sztuczny i trudno go uzasadnić argumentami etiologicznymi czy klinicznymi. Wydaje się, że PTSD obejmuje szerszy wachlarz objawów niż klasyczne zaburzenia dysocjacyjne, które musi charakteryzować uporczywość, jednak najważniejsze z nich dla postawienia tej diagnozy wiążą się z fenomenami o charakterze dysocjacyjnymi (DePrince, Freyd, 2007; Wolf i in., 2012). W prezentowej pracy przychyliam się do takiego stanowiska. Niemniej z uwagi na ciągle występujące w publikacjach naukowych rozróżnienie dysocjacji i PTSD jako odrębnych zjawisk klinicznych dla porządku również opiszę je oddzielnie.

**Dysocjacja.** To zjawisko, na które składają się brak lub trudności w integracji głównie procesów świadomości, postrzegania, pamięci, emocji i tożsamości. Można ją obserwować w różnym nasileniu zarówno w sytuacjach codziennych, jak i w odpowiedzi na doświadczanie zagrażającego życiu wydarzenia czy w wyniku procesów psychopatologicznych. W niskim natężeniu dysocjację można obserwować w postaci chwilowych stanów utraty ciągłości subiektywnego doświadczenia w trakcie wykonywania codziennych czynności. Jej przykładem może być brak pamięci codziennych rutynowych czynności (np. zamykania drzwi na klucz) czy tak zwana hipnoza autostradowa. Jest to zmieniony stan świadomości opisywany głównie w publikacjach amerykańskich, polegający na poprawnym prowadzeniu pojazdu, wykonywaniu manewrów z uwzględnieniem zmieniających się warunków na drodze bez umiejętności przypomnienia sobie tych czynności. Innymi słowy, kierowca doznający hipnozy

autostradowej mógł zupełnie nie pamiętać bądź mieć poważne trudności z przypomnieniem sobie, jak dotarł do punktu docelowego. Zjawisko to obserwowane jest szczególnie u kierowców na długodystansowych trasach o monotonnym przebiegu (Williams, 1963).

Podobnego typu objawy, gdy ich nasilenie jest odpowiednio duże i poważnie zakłóca codzienne funkcjonowanie, pozwalają na postawienie diagnozy wystąpienia zaburzeń dysocjacyjnych. Może ona zostać postawiona, jeżeli wspomniane poniżej fenomeny nie wynikają z uszkodzenia układu nerwowego lub działania środków psychoaktywnych, lecz mają podłoże psychologiczne. Zaburzenia dysocjacyjne występują w postaci symptomów, skategoryzowanych w pięciu grupach:

- **depersonalizacja** – doświadczenie nierealności bądź oderwania od własnego ciała, umysłu bądź innego ważnego aspektu własnej osoby. W niskim natężeniu będzie przybierać formę poczucia obcości własnego ciała, obcości myśli bądź oderwania od własnych stanów emocjonalnych, obcości pobudzenia pochodzącego z ciała (np. popędu seksualnego czy głodu) lub trudności w kontroli własnych ruchów czy wypowiedzanych słów. W wysokim natężeniu może przybierać formę doświadczenia eksterioryzacji, tj. postrzegania zdarzeń spoza własnego ciała;
- **derealizacja** – doświadczenie nierealności lub niebrania udziału w toczących się wydarzeniach. W lekkich stanach osoby przeżywające derealizację postrzegają otaczający świat jako sztuczny, pozbawiony koloru i życia. Możliwe jest również poczucie, że śnią lub widzą świat przez mgłę, czemu może towarzyszyć subiektywne zmiany w widzeniu, np. utrata ostrości obrazu;
- **zaburzenia tożsamości** – charakteryzują się obecnością dwóch lub więcej osobowości. Może występować specyficzna nieciągłość w zakresie tożsamości i pamięci, nawracające, niewytłumaczalne wtargnięcia obrazów, głosów, myśli i emocji, drastyczne zmiany w postawach i preferencjach. W tej kategorii wyróżnia się także objawy przejęcia władzy nad ciałem, w tym stany opętania;
- **amnezja** – niezdolność przypomnienia sobie wydarzeń, które powinny zostać zapamiętane i w normalnej sytuacji łatwo byłoby je sobie przypomnieć. W ramach amnezji dysocjacyjnych mogą występować trudności z przypomnieniem sobie pojedynczych wydarzeń, zdolności (np. kierowania pojazdów) czy znacznych okresów życia, w tym własnej tożsamości. Osoba cierpiąca na amnezję może nie zdawać sobie sprawy ze swoich problemów z pamięcią;

- **somatyzacja** – nieuzasadnione neurologicznie drgawki bądź objawy konwersyjne, które mogą przyjmować postać m.in. stuporów, paraliżów, mutyzmu (za: American Psychiatric Association, 2013).

Zaburzenia dysocjacyjne występują często jako bezpośrednia konsekwencja udziału bądź obserwacji wydarzenia budzącego duży lęk, takiego jak katastrofy naturalne, wypadki czy udział w konfliktach zbrojnych (Bremner, Southwick, 1992; Cardena, Spiegel, 1993, Classen, Koopman, Spiegel, 1993). Wyniki badań wskazują, że zróżnicowane objawy z tej grupy zaburzeń pojawiają się u ok. 25–50% osób doświadczających zagrożenia zdrowia i życia (Spiegel, 1991). Jednak tylko w stosunkowo niewielkiej grupie ok. 10% osób objawy te mają charakter uporczywy i prowadzą do wystąpienia symptomów, jakie niezbędne są do postawienia diagnozy zaburzeń po stresie traumatycznym (Breslau, 2009).

Nie ma pełnej jasności, czy dysocjacja stanowi zjawisko psychiczne o funkcjach adaptacyjnych, czy jest jedynie skutkiem ubocznym pracy osobowości w sytuacji bardzo wysokiego (np. w trakcie wydarzeń traumatycznych) lub nienaturalnie niskiego pobudzenia (np. w trakcie wykonywania rutynowych czynności). Część specjalistów wspierających pierwsze stanowisko uważa, że w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia odczuwanie bardzo wysokiego lęku mogłoby uniemożliwić podjęcie czynności w celu zapewnienia sobie bezpieczeństwa. Dysocjacja prowadzi do oddzielenia pewnej części bądź całości wydarzenia od świadomości i umożliwia funkcjonowanie, jakby wydarzenie traumatyczne nie miało miejsca. Odracza więc konieczność myślenia i przeżywania emocji związanych z traumą na później, dając możliwość podjęcia niezakłóconych czynności zaradczych (Gabbard, 2014). Aktualne pozostaje jednak pytanie, dlaczego tylko część osób przeżywa epizody dysocjacyjne pod wpływem stresu? Badacze prezentujący stanowisko przeciwne uznają, że dysocjacja jest objawem dysfunkcji psychicznej. Wskazują oni na wyniki badań nad czynnikami zwiększającymi ryzyko pojawienia się tego typu symptomów. Okazuje się, że wcześniejsze doświadczenie sytuacji zagrożenia życia może znacząco zwiększać ryzyko pojawienia się objawów dysocjacyjnych w reakcji na stres w przyszłości. Oznaczałoby to, że tendencja do reagowania dysocjacją w sytuacji wysokiego lęku może być zakorzeniona w uprzednio warunkowanej podatności osobowości, tj. nie być przejawem jego normalnego funkcjonowania (Morgan i in., 2001).

Jak wcześniej wspomniano, objawy dysocjacyjne są częstym następstwem doświadczenia wydarzenia traumatycznego. W podręcznikach diagnostycznych, np. DSM V,

zaburzenia dysocjacyjne wymieniono zaraz po zaburzeniach powstałych w wyniku stresu i traumy. Zaburzenie po stresie traumatycznym obejmuje objawy dysocjacyjne, które stanowią jego główną i najbardziej charakterystyczną część, m.in. amnezję, wtargnięcia retrospektywne typu *flashback*, odrętwienie, derealizację czy depersonalizację. PTSD stanowi mimo wszystko osobną jednostkę diagnostyczną.

**Zespół stresu pourazowego.** Jest to zaburzenie diagnozowane w następstwie doświadczenia sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia, zarówno bezpośrednio w roli bezpośredniej ofiary, jak i pośrednio, jako świadek zdarzenia. Kluczowe dla tego zaburzenia pozostają następujące objawy:

- **ponowne przeżywanie wydarzenia traumatycznego** – m.in. samowolne występowanie inwazyjnych wspomnień bądź snów związanych z traumatycznym wydarzeniem, również wystąpienie dysocjacyjnych reakcji typu *flashback*, polegających na niekorespondującym z realnością poczuciu, że traumatyczne wydarzenie ponownie ma miejsce; epizody tego typu mogą znacznie różnić się intensywnością: od chwilowego, ulotnego poczucia, że wydarzenie odbywa się ponownie, do pełnej utraty poczucia realności, orientacji w przestrzeni i oderwania od aktualnych wydarzeń. Występowanie tego typu objawów wiąże się z dużą wrażliwością na bodźce, które mogłoby przypominać traumatyczne wydarzenie, co wiąże się ze stanami stale podwyższonego niepokoju;
- **unikanie** – podejmowanie prób uniknięcia bodźców związanych z wydarzeniem traumatycznym, zarówno bodźców wewnętrznych (np. niepokojących wspomnień, myśli, uczuć), jak i zewnętrznych, które mogłyby prowadzić do przypomnienia sobie wydarzenia (np. osób, miejsc, wykonywanych czynności);
- **zmiany w procesach poznawczych i zaburzenia nastroju** – psychologicznie uwarunkowana niezdolność do przypomnienia sobie ważnych aspektów wydarzenia traumatycznego, jak również trudności z przypomnieniem sobie codziennych wydarzeń czy wykonywania powszednich czynności (np. utrzymaniem wątku w trakcie rozmowy); negatywne myśli i przekonania na temat siebie; obwinianie siebie za skutki wydarzenia, uporczywie utrzymujące się nieprzyjemne stany emocjonalne (w tym przerażenie, złość, poczucie winy); niezdolność odczuwania pozytywnych emocji; znacząca zmiana w wykonywanych dotąd aktywnościach;
- **pobudzenie i reaktywność emocjonalna** – znaczna zmiana w funkcjonowaniu emocjonalnym w zakresie przeżywania i wyrażania emocji, w tym wybuch agresji,

zachowania autoagresywne, nadpobudliwość, nadmierna reakcja przestachu nawet w obliczu słabych bodźców, zaburzenia snu i czuwania;

- **inne objawy dysocjacyjne** – możliwe wystąpienie psychologicznie uwarunkowanych objawów depersonalizacji i derealizacji.

Współcześnie część specjalistów wskazuje, że pojawienie się PTSD jako osobnego zaburzenia było w dużej mierze motywowane czynnikami społecznymi, takimi jak wzrost znaczenia politycznego organizacji związanych z weteranami i ich rodzinami w Stanach Zjednoczonych (Duckworth, Follette, 2012). Wyróżnienie tej diagnozy doprowadziło do tworzenia specjalistycznych ośrodków zajmujących się leczeniem weteranów, jak również organizowania pomocy społecznej w postaci rent i odszkodowań (Friedman i in., 2007).

### **2.3.2. Rola symptomów dysocjacji i PTSD w występowaniu podatności do doświadczania rewiktymizacji**

Pomimo pewnych podstawowych podobieństw pacjenci cierpiący, w wyniku doświadczenia wydarzeń potencjalnie traumatycznych, na zaburzenia dysocjacyjne, w tym PTSD, stanowią zróżnicowaną wewnętrzną grupę. Podstawowe różnice dotyczą siły i intensywności doświadczanych symptomów oraz tego, jak zmaganie się z zaburzeniami wpływa na ich codzienne funkcjonowanie (Friedman i in., 2015). Prowadząc leczenie osób doświadczających rewiktymizacji, klinicyści zwrócili uwagę, że u części z tych pacjentów niektóre symptomy zaburzeń są bardziej dotkliwe niż u innych. Takie doniesienia rzucają pewne światło na to, dlaczego tylko część pacjentów cierpiących na m.in. PTSD może być narażona na powtarzanie wydarzeń urazowych (m.in. Acierno i in., 1999; Chu, 1992 ; Kluft, 1989; Risser i in., 2006).

**Odrętwienie i nadpobudliwość.** Objawy dysocjacyjne, które składają się na zespół stresu pourazowego, mogą odgrywać istotną rolę w procesie rewiktymizacji. Kluczowy wydaje się tutaj sam charakter zaburzeń dysocjacyjnych, które prowadzą do trudności w postrzeganiu, ocenie, przeżywaniu emocjonalnym, zapamiętywaniu i integracji wydarzeń w ramach własnej tożsamości. Objawy te mogą w poważny sposób upośledzać adekwatną ocenę rzeczywistości, w tym potencjalnego ryzyka codziennych sytuacji (Risser i in., 2006).

Część specjalistów zauważa, że wśród pacjentów z pełnoobjawowym PTSD występują naprzemiennie fazy silnego zaangażowania w sytuację traumatyczną i jej unikania. Faza pierwsza może polegać na intruzji myśli i wspomnień związanych z traumą, tj. na mimowolnym ponownym przeżywaniu wydarzenia traumatycznego lub jego elementów zarówno w snach,

jak i w trakcie epizodów typu *flashback* (Chu, 1992). Pacjent w trakcie codziennych czynności może przeżywać nagłe przerwanie ciągu świadomości i być przekonany, że wydarzenie traumatyczne ponownie ma miejsce. W tych sytuacjach zniesiony zostaje symboliczny dystans, jaki zdrowi ludzie mają do swoich wspomnień. Tutaj wspomnienie nie jest obrazem wydarzenia historycznego, ale odegraniem go na nowo wraz z towarzyszącymi mu emocjami i zachowaniem. Często czynnikami wywołującymi tego typu intruzje są doznania związane z traumą, np. zapach charakterystycznych perfum, których używał sprawca napadu, przywołuje intruzję wspomnień agresji seksualnej. Pacjent jednak świadomie może nie kojarzyć zapachu danych perfum z nagłym przypomnieniem sobie traumy. Zazwyczaj jest przekonany, że do intruzji doszło spontanicznie bez wyraźnego powodu (Newirth, 2016).

Fazie pierwszej towarzyszy również wysokie pobudzenie emocjonalne w postaci wzmożonej czujności, lęku, zniecierpliwienia i trudności w koncentracji uwagi. Fazą drugą jest odrętwienie emocjonalne. Polega ono na dysocjacji traumatycznych aspektów doświadczenia, które przestają być obecne w świadomości, a wraz z nimi wypchnięte poza świadomość zostają także wzbudzone przez nie emocje. Pacjenci w tym stanie zachowują się, jakby nie odczuwali lęku i mieli utrudnioną sytuacyjną antycypację emocji. Niektórzy z nich opisują, że podejmowane wówczas potencjalnie niebezpieczne czynności, np. samotne wędrówki po zmroku w lesie, lub angażowanie się w znajomości z osobami jawnie agresywnymi i nieprzewidywalnymi (np. osobami pod wpływem substancji psychoaktywnych) nie budzi w nich myśli o potencjalnym niebezpieczeństwie lub uczuć niepokoju. Przeciwnie, część z nich opowiada o tym, że tego typu sytuacje działają na nich uspokajająco. Podejrzewa się, że w tym przypadku może dochodzić do paradoksalnej reakcji osobowości, w której sytuacja potencjalnie wysokiego pobudzenia emocjonalnego (np. angażowanie się w zachowania ryzykowne) będzie wzmacniała siłę odczuwanego odrętwienia emocjonalnego (Chu, 1992).

Takie działanie tego mechanizmu będzie wtenczas odbierane przez pacjenta jako zwiększające poczucie ulgi, gdyż występujące odrętwienie będzie go izolować nie tylko od przeżywanego aktualnie lęku, ale również od innych trudności i rozterek emocjonalnych. Wśród tych pacjentów zdarzają się nasilone stany derealizacji, które często przypominają śnienie lub bycie pod wpływem zmieniających świadomość środków psychoaktywnych. Jest to czynnik dodatkowo utrudniający realistyczną ocenę potencjalnego ryzyka. Naraża to pacjentów na znacznie większą liczbę sytuacji niebezpiecznych, w jakich mogą się znaleźć, niż osoby, które nie cierpią na tego typu objawy (Kluft, 1989).

Wyniki badań naukowych w zasadzie potwierdzają obserwacje kliniczne, wskazując na rolę objawów dysocjacji w procesie ponownego doświadczania wydarzeń traumatycznych (np. Acierno i in., 1999). Specjaliści mają jednak różne zdania co do roli poszczególnych grup objawów w tym procesie. Zazwyczaj w publikacjach badawczych objawy zaburzeń dysocjacyjnych lub PTSD przedstawia się jako predyktor bezpośredni lub pośredni, tj. wpływający na pojawienie się innych zaburzeń (np. nadużywania substancji psychoaktywnych) i w ten sposób zwiększający ryzyko pojawienia się rewiktymizacji (Ghimire, Follette, 2011). Występują również nieliczne doniesienia wskazujące, że objawy tego typu pełnią istotną funkcję w mechanizmie rewiktymizacji (tj. stanowią mediator pomiędzy pierwotną traumą a jej ponownym doświadczeniem na innym etapie życia). W badaniu podłużnym prowadzonym na grupie 555 amerykańskich kobiet potwierdzono mediującą rolę objawów PTSD pomiędzy doświadczaniem wykorzystania seksualnego w dzieciństwie a przemocą seksualną w dorosłości. Natężenie objawów PTSD wyjaśniało, dlaczego część badanej grupy doświadczała ponownego wykorzystania seksualnego później. Szczególnie ważne były takie objawy zespołu stresu pourazowego, jak odrętwienie emocjonalne, które stanowiło bezpośredni predyktor rewiktymizacji. Natomiast pozostałe grupy objawów, takie jak ponowne doświadczanie, unikanie i pobudzenie były czynnikami zwiększającymi ryzyko nadużywania alkoholu i pośrednio przyczyniały się do rozwoju rewiktymizacji (Ullman i in., 2009). Wyniki tych badań potwierdzają wcześniej przytoczoną hipotezę dotyczącą znaczenia objawów odrętwienia emocjonalnego w procesie rewiktymizacji. Jednak kwestia roli pojedynczych grup symptomów w tym procesie nie jest jednoznaczna.

Inne wnioski z badań, w przeciwieństwie do przywołanych wcześniej, wskazują na istotną funkcję głównie objawów nadpobudliwości emocjonalnej. Badacze podejrzewają, że to nadmierna pobudliwość emocjonalna, która stanowi jeden z dominujących objawów zespołu stresu pourazowego, występuje często nieadekwatnie do okoliczności, tj. nieadekwatnie do występujących w otoczeniu bodźców. Możliwe, że wysokie pobudzenie emocjonalne poważnie zakłóca adekwatną ocenę ryzyka. W sytuacji, gdy doświadczane bodźce są niezróżnicowane i każdy nawet obiektywnie neutralny może zwiastować wystąpienie poważnego zagrożenia, żaden bodziec nie jest istotny dla pacjenta w oszacowaniu realnego ryzyka. Przypuszcza się, że z tego powodu pacjenci cierpiący na PTSD mogą przejawiać dużą nieostrożność wobec sytuacji powszechnie uważanych za ryzykowne czy niebezpieczne (Risser i in., 2006).

**Zaburzenia tożsamości.** Zwraca się również uwagę na poważne dysocjacyjne zmiany w zakresie tożsamości wśród pacjentów, którzy doświadczyli wydarzeń traumatycznych,



szczególnie na wczesnym etapie życia. Zmiany te mogą być znaczące, gdy krzywda była wyrządzona wielokrotnie z ręki tej samej osoby bądź grupy osób. W tego typu przypadkach czasami obserwuje się upodobnienie ofiary do sprawcy, m.in. w zakresie wyznawanych wartości, wyglądu czy zachowania, tj. identyfikację ze sprawcą. Po pewnym czasie ofiara przemocy może usprawiedliwiać bądź pochwalać zachowanie sprawcy, uznając je za uzasadnione, np. tłumacząc nadużycie seksualne złym, wyzywającym zachowaniem osoby pokrzywdzonej. Zdarzają się również przypadki, gdy wcześniejsza ofiara zostaje współnikiem sprawcy w dalszych krzywdach, np. poprzez nagabywanie i umożliwianie dostępu do nowych ofiar. Podejrzewam, że pozostawanie w częstej obecności i bliskiej relacji ze sprawcą może wywoływać skrajne emocje – zarówno negatywne, jak i pozytywne – zwłaszcza gdy sprawca postrzegany jest przez ofiarę jako wszechmocny w kontroli i zadawaniu krzywdy. Nieświadomie dla krzywdzonego może zatem dochodzić do idealizacji sprawcy. W zachowaniu ofiar przemocy przejawia się to odczuwaniem sympatii i bliskości ze sprawcą, a nawet udzielaniem mu pomocy w uniknięciu konsekwencji. Opisywane tutaj zjawisko identyfikacji ze sprawcą przemocy jest w publikacjach nazywane syndromem sztokholmskim (Cantor, Price, 2007). Możliwe, że opisywany tutaj proces wyjaśnia obserwowane w wynikach badań zjawisko specyficznych reakcji na przemoc w dzieciństwie ze względu na płeć, tj. większe ryzyko stania się sprawcą przemocy przez dziecko płci męskiej, a przyszłą ofiarą – przez dziecko płci żeńskiej (np. Tjaden, Thoennes, 2000; Widom, 1989).

Wśród części pacjentów zaburzenie dysocjacyjne tożsamości przybierają mocno rozbudowaną formę, która objawia się wystąpieniem kilku równolegle istniejących „osobowości”. Współistniejące jaźnie (zdysocjowane stany *self*) mogą dominować zamiennie w funkcjonowaniu pacjenta. Zazwyczaj występuje przynajmniej częściowa amnezja dotycząca zachowań i wydarzeń związanych z innymi istniejącymi jaźniami. Każdy ze stanów jest złożony z własnych typowych zachowań, gustów czy poglądów. Nawiązane w jednej jaźni relacje społeczne nie istnieją w odmiennej bądź mają zupełnie inny charakter. Niektórzy specjaliści uznają, że taka forma zaburzenia dysocjacyjnego tożsamości jest rezultatem doznania poważnej krzywdy we wczesnym dzieciństwie. Pierwotnie współistniejące jaźnie miały pomóc w poradzeniu sobie z traumatycznymi wydarzeniami (Gabbard, 2014). Mechanizmy dysocjacyjne dystansują osobę od doznawanej krzywdy, prowadząc do wytworzenia alternatywnej tożsamości. Dany stan świadomości organizuje się wokół dominującego afektu, poczucia siebie, obrazu ciała, zachowania, przekonań, jak również wspomnień wydarzeń, z którymi dany afekt był związany. Przy wystąpieniu niekorzystnych

okoliczności, w tym istnieniu predyspozycji wrodzonej i braku odpowiedniego wsparcia ze strony bliskich, alternatywna tożsamość zaczyna być autonomiczna, czego zwiastunem jest przekonanie pacjenta o własnej drugiej, ukrytej i odrębnej osobowości. Należy podkreślić, że na osobowość pacjenta składają się wszystkie zdysocjowane jaźnie. Mnogość stanów jaźni skrywa deficyt w postaci braku nawet jednej skonsolidowanej osobowości. Z tego powodu zaniechano używania starej nomenklatury klinicznej, która nazywała to zaburzenie osobowością mnogą (Kluft, 1996).

Wiele z opisanych przypadków klinicznych dotyczy pacjentów z zaburzeniem dysocjacyjnym tożsamości, którzy doznali w dzieciństwie przemocy i zostali wykorzystani seksualnie. Podejrzewa się, że grupa ta, podobnie jak inne osoby z zaburzeniami rozwiniętymi na skutek wydarzeń traumatycznych, jest poważnie narażona na rewiktyzację. Tego typu tendencje sugerują opisy przypadków klinicznych, w których pacjenci cierpiący na zaburzenia powstałe w następstwie wydarzenia traumatycznego zgłaszają powtarzające się krzywdy, często podobne do pierwotnej traumy, np. krzywdy natury seksualnej. Obserwacje kliniczne znajdują pewne potwierdzenie w pojedynczych doniesieniach z niezbyt rozbudowanych badań nad prostytutkami i innymi osobami świadczącymi płatne usługi seksualne. W tej grupie występuje duża częstotliwość doświadczeń przemocy w okresie dzieciństwa (np. Farley, Barkan, 1998; Medrano i in., 2003) oraz objawów zaburzeń dysocjacyjnych, w tym zaburzenia dysocjacyjnego tożsamości (Ross i in., 1990; Ross i in., 2004). Rzadko jednak w tego typu badaniach podejmuje się trud wyróżnienia podgrupy spełniającej wszystkie kryteria tej jednostki nozologicznej. Zazwyczaj badacze ograniczają się do pomiaru ogólnego natężenia objawów PTSD lub nasilenia dysocjacji.

**Podsumowanie.** Wśród zróżnicowanych konsekwencji psychicznych, jakie mogą wystąpić w sytuacji doświadczania wydarzeń traumatycznych, na kluczowej pozycji znajdują się zaburzenia dysocjacyjne. Wystąpienie tego typu objawów bezpośrednio po obciążającej emocjonalnie sytuacji zazwyczaj wskazuje na zachwianie stabilności osobowości. Od wielu czynników, zarówno środowiskowych, jak i podmiotowych, zależy, czy symptomy te znikną krótko po zakończeniu obciążającej emocjonalnie sytuacji, czy też rozwiną się w kierunku uporczywych zaburzeń dysocjacyjnych jak np. wśród pacjentów cierpiących na PTSD. Często jest to początek długofalowych trudności w funkcjonowaniu psychicznym. Kliniczne charakterystyki pacjentów, którzy wielokrotnie doświadczyli wydarzeń traumatycznych, przekonują, że symptomy dysocjacyjne mogą odgrywać ważną rolę w mechanizmie rewiktyzacji. Niemniej jednak na podstawie wyników badań trudno jednoznacznie wskazać

konkretny objaw dysocjacyjny, którego wysokie natężenie może zwiększać ryzyko powtórnego doświadczenia urazu psychicznego. Wydaje się, że wystąpienie tego typu zaburzeń może na ogólnym poziomie zmniejszać zdolność pacjenta w korzystaniu z własnych procesów emocjonalnych w poprawnym rozeznaniu zagrożeń, jakie płyną ze świata zewnętrznego, a tym samym przyczyniać się do zwiększonego ryzyka doświadczenia sytuacji potencjalnie traumatycznej. W szczególnych przypadkach wystąpienie zaburzeń dysocjacyjnych w następstwie doznania urazu psychicznego może wyznaczyć niekorzystny kierunek dalszego rozwoju osobowości i stanowić zwiastun długofalowych negatywnych konsekwencji psychicznych. W tej grupie pacjentów pojawiać się mogą różne trudności emocjonalne i społeczne, które związane są z wysokim ryzykiem dalszego doznawania urazów psychicznych, jak np. nadużywanie i uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne czy tendencje do uszkodzania swojego ciała.

Należy zaznaczyć, że większość przytoczonych wyżej wyników badań z oczywistych względów nie ma charakteru eksperymentalnego. Najbardziej rozpowszechnionym modelem prowadzenia badań w tym obszarze jest model *ex post facto*. Dlatego częściej możemy mówić o współwystępowaniu danych zjawisk (np. wczesnej traumy, dysocjacji i rewiktymizacji), niż precyzyjnie wskazywać na proces przyczynowo-skutkowy. Zasadniczo z tego powodu w psychologii klinicznej nieodzowne są modele teoretyczne. Za ich pomocą możliwe jest połączenie współwystępujących zjawisk tak, że składają się one na mechanizm psychologiczny. W kolejnym rozdziale opisano kilka głównych koncepcji teoretycznych tłumaczących, jak wydarzenia traumatyczne mogą prowadzić do psychicznych konsekwencji, w tym rewiktymizacji.

### **Rozdział 3. Koncepcje traumy psychicznej i rewiktymizacji**

Przegląd publikacji na temat traumy psychicznej i rewiktymizacji pozwala wyodrębnić dwa paradygmaty, w ramach których podejmuje się próby opisanie różnych psychologicznych konsekwencji wydarzeń traumatycznych. Wśród nich pojawiają się opisy zjawisk psychicznych, które czasami wprost, a czasami pośrednio odnoszą się do tego, co w prezentowanej rozprawie nazywane jest rewiktymizacją. Wspomniane tradycje teoretyczne to paradygmat poznawczo-behawioralny i psychoanalityczny. Istnieją również inne podejścia teoretyczne służące do opisu zjawisk o podobnej naturze, takie jak np. koncepcje społeczno-kulturowe. Wyjaśniają one występowanie powtarzania wydarzeń traumatycznych za pomocą specyficznych cech środowiska. Zasadniczo podejścia tego typu rzucają słabe światło na rozumienie procesów psychicznych. Dlatego też w tym rozdziale przedstawiono jedynie zarys stanowisk reprezentujących paradygmaty psychoanalityczny, poznawczo-behawioralny, jak również ujęcie inspirowane różnymi tradycjami teoretycznymi, które można określić, jako integracyjne.

#### **3.1. Trauma i rewiktymizacja w paradygmacie psychoanalitycznym**

W połowie XIX w. rozpoczęto systematyczne badania pacjentów, którzy w wyniku wypadku komunikacyjnego (głównie kolejowego) albo na skutek doświadczeń wojennych zgłaszali problemy natury emocjonalnej i somatycznej. Początkowo podawano w wątpliwość, czy zgłaszane symptomy stanowią realne cierpienie, czy są próbą wyłudzenia odszkodowania lub usprawiedliwieniem własnej słabości charakteru, np. tchórzostwa. Część neurologów podejrzewała, że cierpienia te mogą stanowić następstwo ukrytych uszkodzeń układu nerwowego (np. Erichsen, 1867).

Przełomowe dla powstania koncepcji wyjaśniających konsekwencje traumatycznych doświadczeń było dostrzeżenie przez specjalistów podobieństwa w symptomatologii między objawami zgłaszanymi przez ofiary wypadków i wojen a pacjentami leczonymi na nerwicę histeryczną. Należy przy tym zaznaczyć, że na przestrzeni wieków rozumienie hysterii znacząco się zmieniało. W drugiej połowie XIX w. pod tą nazwą mieściło się wiele bardzo zróżnicowanych objawów m.in. zaburzeń emocjonalnych i psychofizjologicznych, często o gwałtownym, scenicznym charakterze, obejmujących również zaburzenia konwersyjne, stany dysocjacyjne, paralize i omdlenia (Shorter, 2005).

Zjawisko urazu psychicznego i jego konsekwencji stanowiło jedno z pierwszych zagadnień, z którego opisaniem i wyjaśnieniem mierzyli się psychoanalitycy. Wyniki ich obserwacji przyczyniły się do gwałtownego rozwoju i wzrostu popularności psychoanalizy w środowiskach medycznych. Z biegiem czasu zmieniały się zarówno sposób teoretycznej konceptualizacji urazu psychicznego, jak i wynikająca z niej technika leczenia (Laplanche, Pontalis, 1996). Współcześnie w psychoanalizie dostrzegamy kilka odmiennych podejść teoretycznych, opisujących mechanizmy psychopatologiczne związane z doświadczeniem traumy psychicznej. W związku z tym w podrozdziale przedstawię jedynie ogólny zarys podstawowej wiedzy psychoanalitycznej na ten temat wraz z historycznymi początkami tych koncepcji.

### **3.1.1. Wczesne obserwacje kliniczne – od świadomego do nieświadomego**

W drugiej połowie XIX w., odkąd systematycznie zajęto się chorobami psychicznymi, uznawano, że schorzenia tego typu rozwijają się głównie u osób biologicznie do nich predysponowanych. Umniejszano tym samym znaczenie czynników środowiskowych w ich etiologii. Jean Martin Charcot, prowadząc intensywne studia nad pacjentami cierpiącymi na objawy histeryczne, zarówno kobietami, jak i mężczyznami (głównie ofiarami wypadków i doświadczeń wojennych), jako jeden z pierwszych specjalistów przypisał znaczenie wydarzeń traumatycznych w powstawaniu zaburzeń histerycznych. Zakładał on, że uraz psychiczny może stanowić czynnik wyzwalający ukryte, tj. biologiczne predyspozycje do rozwoju nerwic. Podejrzał, że trauma w pewnych okolicznościach może zostać zapomniana, co blokuje naturalną ekspresję towarzyszącemu jej pobudzenia emocjonalnego. Zahamowanie wyrażenia emocji związanych z trudnym przeżyciem miało obciążać umysł pacjenta, a sama trauma mogła manifestować się pośrednio w postaci uciążliwych symptomów.

Studia Charcota były kontynuowane przez jego współpracownika, Pierre'a Janet. Rozwinął on teorię wpływu wczesnych urazów emocjonalnych na rozwój zaburzeń psychicznych na dalszych etapach życia. Studia nad histerią doprowadziły Janet do wniosku, że psychika człowieka dysponuje możliwością przetwarzania wydarzeń w sposób świadomy i nieświadomy. Jedynie część doświadczeń człowieka zostaje zapisana w formie świadomych śladów pamięciowych. W codziennych warunkach dochodzi do integracji wielu informacji płynących z otoczenia z pominięciem świadomej refleksji o nich. Wspomnienia, które są kodowane przez umysł automatycznie, z pominięciem świadomej refleksji, Janet nazywał

nieświadomymi. Ponadto podejrzewał on, że w normalnych warunkach psychika prowadzi bezustannie dwa rodzaje procesów nieświadomego opracowywania doświadczeń. Z jednej strony przetwarza i przechowuje wszystkie doświadczenia zmysłowe, z drugiej kategoryzuje i organizuje przyjmowane informacje w kontekście poprzednich zintegrowanych doświadczeń, tworzących schematy znaczeniowe. Bezustanne przetwarzanie, syntezy i włączanie w istniejące schematy nowych doświadczeń powoduje, że osobowość człowieka ciągle się zmienia. Zakończona sukcesem integracja danego wspomnienia w istniejące schematy umożliwia odkodowanie go po jakimś czasie, jednak już w odmiennej formie do tej pierwotnie zarejestrowanej. Procesy syntezy i integracji wspomnienia z przechowywanymi informacjami będą bezpowrotnie zmieniały przetwarzane wspomnienie w kontekście istniejących wcześniej doświadczeń. Należy zaznaczyć, że w tej koncepcji ślady pamięciowe ciągle oddziałują na siebie wzajemnie, czyli nowe wspomnienie zostaje nieco zmienione przez już istniejące; jednocześnie pojawienie się nowego wspomnienia może wpłynąć na treść tych wcześniej istniejących. Z kolei świadoma część umysłu składa się z zapisu uogólnionych cech doświadczeń, w tym wspomnień psychologicznych aspektów danego wydarzenia, np. doświadczeń zmysłowych, myśli, emocji i zachowań. W normalnych warunkach pojawienie się wspomnienia w świadomości, np. przez intencjonalne wspomnianie, umożliwia doświadczenie tego wspomnienia w kontekście innych, wcześniej zarejestrowanych przez psychikę przeżyć. Daje to subiektywne przekonanie pewnej ciągłości pamięci, w której wspomnienia nie są wyrwanymi z kontekstu obrazami, lecz są ze sobą powiązane i niczym klisza filmowa razem tworzą pewną nierozzerwalną całość (Ross, 1996; van der Kolk, van der Hart, 1989).

Janet przypuszczał, że doświadczenie wydarzenia zagrażającego życiu wywołuje przerażenie, a wraz z nim bardzo wysokie pobudzenie emocjonalne. W pewnych niekorzystnych okolicznościach jednostka nie będzie w stanie włączyć doświadczonego wydarzenia w istniejące schematy poznawcze. Proces ten może doprowadzić do tego, że zajście lub znaczna jego część nie będzie dostępna świadomej części umysłu z powodu zakłócenia przetwarzania wspomnienia – dysocjacji wspomnienia (tj. odszczepienia go od świadomości i intencjonalnej kontroli). Brak integracji sprawia, że wspomnienie zostaje przechowane w postaci niezmięnionej przez procesy przetwarzania, oryginalnej. Utrzymywanie afektywnie naładowanych wspomnień poza świadomością wymaga bezustannego wysiłku psychicznego, co znacząco zmniejsza zdolność człowieka do integracji nowych doświadczeń, w tym uczenia się, wykonywania celowych czynności czy angażowania się w relacje z ludźmi. W sytuacji

spotkania bodźca, który w pewien, nawet odległy sposób może przypominać wydarzenie traumatyczne, może pojawić się nagły powrót zdysocjowanych treści do świadomości. Będzie to skutkowało objawami somatycznymi, wystąpieniem doznań zmysłowych, w tym obrazów, wspomnień, jak również odtworzeniem pewnych elementów doświadczenia traumatycznego w zachowaniu (Janet, 1965/1907; Janet 1977/1901). W tym przypadku spontaniczne pojawienie się wspomnienia w świadomości uniemożliwia zachowanie symbolicznego dystansu, jaki ludzie mają do swoich dawnych przeżyć. Zazwyczaj wspominający przeszłe wydarzenia ciągle ma przekonanie, że wydarzenia te należą do przeszłości, a doznania towarzyszące wspomnianiu są pewnym bladym odbiciem pierwotnych przeżyć. Natomiast zdysocjowane treści, gdy pojawią się w świadomości, powodują, że pacjent nie może odróżnić wspomnianego doświadczenia od aktualnych doświadczeń, jakby traumatyczne wspomnienie z przeszłości właśnie odgrywało się na nowo, w swojej oryginalnej, budzącej przerażenie formie.

Rozpoczętą przez Janeta konceptualizację zaburzeń wywołanych doświadczeniami traumatycznymi kontynuowali badacze o orientacji psychoanalitycznej. Jedną z głównych kwestii, jaką starano się zrozumieć, było to, dlaczego u części osób ten sam bodziec zaburzał normalne funkcjonowanie osobowości, a u innych w wyniku jego działania nie dochodziło do żadnych nieprawidłowości. Współcześnie uznaje się, że zależy to od interakcji wielu czynników sytuacyjnych i podmiotowych. W analizie genezy tego typu zaburzeń należy uwzględnić zarówno cechy związane z siłą stresora, jego jakością, jak i te dotyczące podmiotu. Obserwacje kliniczne przekonują, że możliwe jest wystąpienie bodźców o takim charakterze, które u większości osób będą prowadziły do zaburzenia normalnego funkcjonowania psychiki. Przykładem takiego bodźca może być długotrwałe przebywanie na froncie wojennym. Obserwacje lekarzy polowych wskazują, że po pewnym czasie u większości żołnierzy dochodzi do zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym, prowadzących do rozwoju charakterystycznych symptomów dysocjacyjnych. Najczęściej były to paralize, koszmary czy stany odrętwienia wraz z ogólną niezdolnością do walki (Friedman i in., 2015). Jednakże nie we wszystkich przypadkach objawy te utrzymywały się po zakończeniu działań wojennych. Znane są także przypadki przeciwnych reakcji, np. większość uczestników wypadku komunikacyjnego nie wykazywała objawów urazu psychicznego poza pojedynczą osobą. Obserwacje tego typu doprowadziły do konkluzji, że istnieją dwie grupy bodźców:

- 1) odznaczające się możliwością powodowania lęku o wysokim nasileniu, który u większości osób powoduje konsekwencje psychologiczne, niezależnie od indywidualnej podatności;

2) odznaczające się możliwością powodowania lęku o niższym nasileniu, który jedynie w interakcji z indywidualną podatnością będzie doprowadzał do negatywnych następstw emocjonalnych.

Indywidualna wrażliwość, o której tutaj mowa, może wiązać się zarówno z konstytucyjnymi cechami układu nerwowego, jak i z czynnikami osobowościowymi, wiekiem, poziomem dojrzałości osobowości, predyspozycją dnia czy wcześniejszą neurotyczną strukturą charakteru (Fenichel, 2014). Kwestie, jak kształtuje się podatność jednostki na rozwój zaburzeń związanych z doświadczaniem stresu traumatycznego oraz jak leczyć tego typu zaburzenia, stały się przedmiotem zainteresowania głównie badaczy o orientacji psychoanalitycznej.

### **3.1.2. Zarys stanowiska psychodynamicznego - rewiktymizacja jako forma przymusu powtarzania**

Ustalenia Charcota i Janeta dały podstawy dla rozwoju studiów psychoanalitycznych na temat psychologicznych konsekwencji wydarzeń traumatycznych. Warto podkreślić, że ustalenia psychoanalityczne na temat urazów psychicznych są bardzo rozległe i obejmują m.in. wiedzę na temat psychonerwicy, nerwicy traumatycznych oraz przypadków, w których psychonerwica stanowi podłoże rozwoju późniejszych objawów nerwicy traumatycznych. W tym podrozdziale zostaną więc poruszone kwestie ogólne, które mogą pomóc zarysować problematykę powtarzania wydarzeń traumatycznych. Inspiracje badaczy psychoanalitycznych wspomnianymi wcześniej teoriami Charcota i Janeta sprawiły, że zauważam między nimi duże podobieństwo.

Należy odnotować, że w literaturze psychoanalitycznej nie spotykamy wprost pojęcia rewiktymizacji. Nie wspominają o niej również dostępne słowniki pojęć psychoanalitycznych (np. Laplanche, Pontalis, 1996). Niemniej jednak teoria ta opisuje różne zjawiska psychiczne, w tym retraumatyzację, które poprzez występowanie charakterystycznego procesu powtarzania mogą przypominać zjawisko w prezentowanej rozprawie nazywane rewiktymizacją.

Mechanizm powtarzania uważany jest w psychoanalizie za jeden z podstawowych procesów psychicznego opracowywania bodźców. W koncepcjach teoretycznych wywodzących się z tego nurtu uznaje się, że osobowość w konfrontacji z wydarzeniami zewnętrznymi ma za zadanie utrzymać swoje funkcje adaptacyjne, czyli takie, które umożliwiają przetrwanie i funkcjonowanie. Po wystąpieniu silnego bodźca, który powoduje pobudzenie przekraczające podmiotowe zdolności radzenia sobie, może dojść do zaburzenia



funkcjonowania osobowości. Trauma psychiczna stanowi więc następstwo wydarzenia, które w znaczący sposób zdestabilizowało podstawowe funkcje psychiki, m.in.. proces przetwarzania pobudzenia płynącego ze zmysłów poprzez dwa komplementarne mechanizmy rozładowania i wiązania (Freud, 1920/2012).

Podstawowymi sposobami opracowywania pobudzenia, które są dostępne dorosłej rozwiniętej osobie, jest wyrażenie go w formie kompromisowej bądź poprzez bezpośrednie rozładowanie. Pierwsza z nich może nastąpić poprzez wspomnianie danej sytuacji, wyobrażanie siebie w roli aktywnej czy śnienie o danym wydarzeniu. W tym miejscu zauważamy adaptacyjną rolę powtarzania przykrych, a nawet potencjalnie traumatycznych wydarzeń. Wielokrotne powtarzanie w symbolicznej formie trudnej sytuacji pozwala na opanowanie niepokoju, który ta sytuacja wzbudza. Można to zaobserwować w życiu codziennym: kiedy wystąpi silnie poruszające wydarzenie, zazwyczaj pojawia się potrzeba opowiadania o nim, nawet wielokrotnie (Kudler, 2012).

Odmienny przebieg tych procesów zaobserwowano wśród osób, u których wystąpił uraz psychiczny. W grupie tej co prawda może wystąpić podobny mechanizm powracania w myślach i snach do sytuacji traumatycznej, jednak nie będzie to przynosić oczekiwanych skutków uspokojenia, a jedynie wzmacniać przeżywany lęk. Ponadto obserwuje się zniesienie granicy pomiędzy wspomnieniem, które zawiera w sobie elementy traumatycznej sytuacji, a faktyczną sytuacją. Kiedy pojawia się wspomnienie, może wystąpić reakcja emocjonalna, jakby sytuacja ta faktycznie na nowo miała miejsce. W tej formie potraumatyczne zaburzenie funkcji mentalizacji może prowadzić do powtarzania sytuacji traumatycznej w myślach, snach i zachowaniu. Powtarzanie jest tu wyrazem prób opanowania pobudzenia wywołanego przez traumę. Powtórzenia te, w normalnej sytuacji skuteczne, w tym wypadku będą zawodzić, gdyż mimo ponownego przeżywania sytuacji nie dojdzie do nadania znaczenia i integracji psychicznej powtarzanego wydarzenia. Wspomniany przymus powtarzania w konsekwencji wydarzeń traumatycznych można łatwo zaobserwować w wielu zabawach dziecięcych. Często wydarzenie, wcześniej doświadczone w formie pasywnej, zostaje powtórzone wielokrotnie w formie aktywnej, np. dziecko, które zostało uderzone, w celu opracowania bolesnego doświadczenia może przejawiać potrzebę bicia swoich zabawek (Newirth, 2016).

Warto dodać, że przymus powtarzania traumatycznych wydarzeń zazwyczaj powoduje silną ambiwalencję u pacjentów. Powtórzenie może budzić nadzieję uwolnienia z bolesnego napięcia, przy czym samo w sobie jest bolesne. W funkcjonowaniu pacjentów z tego typu

objawami obserwuje się jednocześnie tendencję do znalezienia się w sytuacji traumatycznej i olbrzymiego lęku przed nią. W wielu przypadkach pacjent nie jest świadomy, że właśnie poprzez swoje zachowanie powtarza sytuację urazową. Mają na to wpływ dwa czynniki. Z jednej strony ważna część doświadczenia urazowego może nie zostać zarejestrowana w świadomej części umysłu, z drugiej – powtórzenia sytuacji traumatycznej nie zawsze odbywają się wprost. Z uwagi na ambiwalentne tendencje powtórzenie może przybrać nieco łagodniejszą formę od pierwotnej sytuacji urazowej. Przymus powtarzania często ma miejsce przy zupełnej bądź częściowej nieświadomości takich tendencji. Pomimo świadomego lęku przed sytuacjami traumatycznymi pacjent może zatem przejawiać skłonności do doświadczania powtarzających się tragicznych doświadczeń. W wielu przypadkach może następować powracanie do wydarzenia traumatycznego w sytuacji konfrontacji z bodźcem, który go przypomina, np. u osoby, która doświadczyła wypadku samochodowego. W efekcie będzie ona snić o wypadku czy przeżywać silny lęk w czasie wsiadania do samochodu (Fenichel, 2014).

W przedstawionej perspektywie różne formy powtarzania wydarzenia traumatycznego stanowią jedno z następstw braku możliwości jego skutecznego emocjonalnego przetworzenia przez osobowość. Dlatego też u tych pacjentów mogą pojawiać się zachowania prowadzące do znalezienia się w podobnej traumatycznej sytuacji, które stanowią nieintencjonalną próbę opracowania zdysocjowanych aspektów urazowego doświadczenia z przeszłości. Intruzywne, nawracające wspomnienia różnych aspektów bolesnej sytuacji czy przymus powtarzania w formie konkretnego zachowania stanowi przejaw normalnego mechanizmu psychicznego, który wcześniej był adaptacyjny. Jego funkcją było zmniejszenie lęku, co umożliwiałoby stosowną integrację danej sytuacji zarówno w kontekście przeszłych życiowych wydarzeń, jak i indywidualnej tożsamości pacjenta. Jednak ze względu na urazowość doświadczanego wydarzenia powtarzanie go w takiej formie traci adaptacyjną funkcję, tj. nie uspakaja i nie wspiera integracji, lecz stanowi źródło rosnącego cierpienia.

### **3.2. Trauma i rewiktymizacja w paradygmacie behawioralno-poznawczym**

W poniższym rozdziale przedstawiono podstawową wiedzę na temat rewiktymizacji w podejściu behawioralnym i poznawczym. Dla właściwego zarysowania kontekstu postanowiono przedstawić zarówno informacje historyczne, jak również wiedzę na temat wydarzeń traumatycznych i ich psychologicznych następstw opisanych i wyjaśnionych w języku tego paradygmatu.

#### **3.2.1. Ustalenia wstępne**

W początkach XX w., kiedy nastąpił rozkwit metodologii modernistycznej, intensywnie rozwijano w nauce studia nad wyjaśnianiem zachowania zwierząt i ludzi. Podejście to powstało w odpowiedzi na ograniczenia związane z badaniem procesów psychicznych za pomocą introspekcji, która nie spełniała wówczas nowych wymagań, jakie stawiano metodom naukowym. W ramach teorii behawioralnych zakłada się, że większość obserwowanych form zachowania jest odpowiedzią na działanie bodźców środowiskowych bądź skutkiem wcześniejszych procesów uczenia się, głównie opartych o wzmocnienie i kary. W podejściu tym co prawda uznaje się istnienie umysłu, jednakże z perspektywy metodologii modernistycznej jego natura pozostaje niepoznawalna za pomocą eksperymentu, więc nie powinna być przedmiotem dociekań badawczych. Dlatego też nauka nie powinna się zajmować umysłem, a jedynie przejawami jego działania w postaci reakcji organizmu na specyficzne bodźce (Tavris, Wade, 1999). Podczas gdy teorie behawioralne oferowały zrozumienie oraz procedury skutecznej zmiany zachowania zwierząt, nie potrafiły wyjaśnić niektórych złożonych poczynąń ludzkich. Obserwacje badaczy pokazały, że człowiek może nie otrzymywać żadnych wzmocnień zewnętrznych, a mimo to podtrzymywać i rozwijać swoje zachowanie. Co więcej, może ono utrzymywać się lub nawet intensyfikować pomimo występowania systematycznych kar, jak to ma miejsce np. w przypadku osób zajmujących się działalnością opozycyjną. Z tego powodu konieczne było włączenie do modeli wyjaśniania zachowania ludzkiego procesów poznawczych, w tym np. oceny poznawczej czy indywidualnych przekonań i wartości. W ujęciu poznawczym większość procesów psychicznych jest świadoma, czyli podlega indywidualnemu, subiektywnemu rozpoznaniu. Treści psychiczne mogą być badane bezpośrednio bądź wydobyte za pomocą stymulacji odpowiednią techniką psychoterapeutyczną. Z uwagi na podkreślany w tym ujęciu prymat procesów poznawczych nad emocjonalnymi źródło symptomów zaburzeń lokuje się w zniekształconych sądach jednostki o sobie i o świecie bądź notorycznie popełnianych błędach

poznawczych. Owe schematyczne zniekształcenia mogą prowadzić do wystąpienia nieadaptacyjnego zachowania i nieadekwatnych stanów emocjonalnych (Beck i in., 2005). Współcześnie uważa się teorie behawioralne i poznawcze za zasadniczo komplementarne. W tym podrozdziale opisane zostały skrótowo najważniejsze koncepcje teoretyczne i wyniki badań dotyczących zarówno problematyki traumy psychicznej, jak i jednej z jej konsekwencji – rewiktymizacji.

### **3.2.2. Konsekwencje wydarzeń traumatycznych – konceptualizacja behawioralna i poznawcza**

W teoriach behawioralnych i poznawczych nie pojawia się wiele publikacji na temat psychologicznego mechanizmu rewiktymizacji. Istniejące ujęcia koncentrują się na zróżnicowanych czynnikach, nie zawsze łączonych w związki przyczynowo-skutkowe. Podstawową rolę we wspomnianych modelach wieloczynnikowych odgrywają psychologiczne konsekwencje doświadczania wydarzeń traumatycznych, w tym wystąpienie objawów zespołu stresu pourazowego. Dlatego też dla właściwego zobrazowania sposobu myślenia o powtarzaniu wydarzeń traumatycznych najpierw zostaną opisane językiem tego paradygmatu koncepcje traumy psychicznej i PTSD, które będą stanowiły wprowadzenie do przedstawienia modelu rewiktymizacji. Zasadniczo w paradygmacie behawioralno-poznawczym istnieją dwa sposoby konceptualizacji objawów zespołu stresu pourazowego. Pierwszy stanowi próbę wyjaśnienia objawów stanów lęku i wysokiego pobudzenia za pomocą procesów warunkowania. Drugi z kolei skupia się na zrozumieniu fenomenów dysocjacyjnych, które uważa się za pozostałość niepełnego lub przerwanego procesu poznawczej analizy doświadczanych bodźców (Zayfert, 2012).

**Konceptualizacja behawioralna.** Uważa się, że u podstaw objawów lęku, z jakimi często zmagają się pacjenci cierpiący na zaburzenia lękowe, leżą dwa równoległe działające procesy uczenia się: warunkowanie klasyczne i podtrzymujące jego skutki warunkowanie instrumentalne. W momencie wystąpienia przerażającej sytuacji wśród pacjentów, którzy rozwiną objawy lękowe, dochodzi do skojarzenia przypadkowego bodźca neutralnego z bodźcem bezwarunkowym (wydarzeniem wywołującym przerażenie). Proces ten może w efekcie prowadzić do pojawiania się stanów podwyższonego lęku nawet bez obecności czynnika pierwotnie zagrażającego. Zjawisko to jest powszechne w tej grupie pacjentów. Cierpią oni często na epizody powracającego lęku często wzbudzanego przez czynniki, które

nie powinny budzić takich emocji. Zgodnie z wiedzą na temat warunkowania ekspozycja na czynnik neutralny (bodziec warunkowy) bez ponownego wzbudzenia strachu powinna prowadzić do wygaszenia wyuczonej reakcji. Jeden ze specjalistów zajmujących się terapią behawioralną, Orval Mowrer (1960), zauważył jednak, że w stanie podwyższonego lęku wśród pacjentów cierpiących na zaburzenia lękowe występują następnie rozbudowane zachowania unikowe. Badacz podejrzewał, że może dochodzić tutaj do procesu warunkowania instrumentalnego. Nagła redukcja lęku spowodowana uruchomieniem zachowań unikowych i ulga, która z nimi się wiąże, stanowią wzmocnienie zarówno dla tych zachowań, jak i dla pierwotnego stanu podwyższonego lęku. Wyjaśniałoby to, dlaczego u części pacjentów wraz z upływem czasu następuje intensyfikacja objawów lękowych. Mowrer zakładał również, że uporczywe unikanie pełnego przeżycia emocji lęku (co finalnie obniżyłoby jej fizjologiczny potencjał pobudzania psychiki) uniemożliwia zakończenie jej przeżywania i bezustanną konieczność mierzenia się z powracającymi objawami.

Współcześni specjaliści zajmujący się traumą adaptowali obserwacje Mowrera do wyjaśniania objawów PTSD. Podejrzewali, że podobny mechanizm wzmacniania reakcji lękowych i unikowych może dotyczyć zarówno realnych obiektów, jak i wspomnień i skojarzeń związanych z traumą, tj. przejawiać się na poziomie zachowania i specyficznych procesów poznawczych (Keane i in., 1985). Ponadto zwrócono uwagę na rolę procesów generalizacji bodźców i warunkowania wyższego rzędu w wyjaśnianiu, dlaczego osoby cierpiące na zaburzenia stresu pourazowego mogą reagować lękiem na bodźce zupełnie niezwiązane z pierwotnym wydarzeniem traumatycznym.

Dla zobrazowania tego zjawiska można posłużyć się przykładem reakcji pacjenta polegającej na notorycznym unikaniu mężczyzn ubranych na czarno, w konsekwencji doznania gwałtu przez sprawcę w czarnym ubraniu. Żeby poradzić sobie z objawami lęku, pacjent będzie unikać sytuacji, w których mógłby spotkać tak ubranych mężczyzn (np. kominiarzy, księży), jak również myśli na ten temat i wspomnień. Może dojść do sytuacji, w której bodziec pierwotnie neutralny będzie wywoływał reakcję lękową przez skojarzenie go z bodźcem warunkowym (warunkowanie wyższego rzędu). Na przykład kiedy pacjent, wchodząc do autobusu, zobaczy mężczyznę w czarnej kurtce, wystąpi silna reakcja lękowa. Odtąd pacjent może reagować podobnym lękiem na widok autobusów mimo tego, że pojazdy te nie są w żaden sposób powiązane z pierwotnie doznaną traumą. Obserwuje się również występowanie generalizacji bodźców, kiedy to bodziec poprzez podobieństwo do bodźca warunkowego powoduje reakcję warunkową. Przykładem tego może być lęk wspomnianego pacjenta

pojawiający się przy spotkaniu każdego mężczyzny niezależnie od tego, jaki strój ma na sobie (Zayfert, 2012).

Za pomocą mechanizmu unikania bodźców związanych z traumą próbuje się zrozumieć również powszechne u ofiar wydarzeń traumatycznych objawy odrętwienia emocjonalnego. Podejrzewa się, że częste wśród tych pacjentów pojawianie się silnych emocji, takich jak wstyd i poczucie winy, podlega również procesom warunkowania. Wyjaśniałoby to, dlaczego emocje te uporczywie pojawiają się wraz z silnym lękiem w czasie napotkania bodźca przywołującego wspomnienie traumy. Specjaliści przypuszczają, że emocje wstydu i poczucia winy są wysoko nieprzyjemne i dlatego pacjenci, przeżywając je, popadają w stany odrętwienia – rozumiane tutaj jako próba uniknięcia wzbudzenia i przeżycia jakichkolwiek emocji. W tej sytuacji pojawienie się pobudzenia emocjonalnego dowolnego typu uruchamia niepokój, że przeżywanie emocji doprowadzi ponownie do pojawienia się przykrych uczuć związanych z poczuciem winy i wstydem. Z tego powodu podejrzewa się, że pacjenci będą podejmowali wysiłki zmierzające do tego, żeby nie przeżywać emocji wcale (Keane, Barlow, 2002).

Zwrócono również uwagę na rolę biologicznie uwarunkowanych adaptacyjnych reakcji alarmowych, jakie pojawiają się w sytuacji zagrożenia u wielu organizmów żywych, nie tylko u ludzi. Reakcje te w sytuacji obiektywnego zagrożenia, np. pojawienia się drapieżnika, mają zmobilizować organizm do ucieczki bądź walki, prowadzą więc do wysokiego pobudzenia emocjonalnego i fizjologicznego. Przypuszcza się, że wiele zróżnicowanych bodźców może zostać spontanicznie skojarzonych z doświadczeniem pobudzenia w trakcie reakcji alarmowych za pomocą mechanizmów warunkowania klasycznego, co prowadzi do wyuczonych reakcji alarmowych. Te ostatnie zaś mogą występować w różnych sytuacjach, które przypominają nawet pojedyncze aspekty wydarzenia traumatycznego. Uważa się, że wyuczone reakcje alarmowe odpowiadają za pojawienie się stanów wysokiego pobudzenia u ofiar traumy nawet w sytuacji braku obiektywnego zagrożenia (Keane, Barlow, 2002; Wirtz, Harrell, 1987).

**Konceptualizacja poznawcza.** Behawioryści, jak przedstawiono w poprzednim paragrafie, podkreślali znaczenie procesów uczenia się dla występowania i uporczywego utrzymywania się objawów zaburzeń lękowych. Taka perspektywa nie jest jednak w stanie wyjaśnić patomechanizmu występowania i utrzymywania symptomów zespołu stresu pourazowego, szczególnie tych o charakterze dysocjacyjnym, np. intruzywnych wspomnień,

stanów derealizacji czy trudności z pamięcią. Dlatego też kwestia ta pozostaje w obszarze zainteresowań badaczy i praktyków psychologów o orientacji poznawczej.

Współcześnie kluczowym zjawiskiem psychicznym, za pomocą którego podejmuje się próby wyjaśnienia symptomów zaburzeń poznawczych u pacjentów cierpiących na PTSD, jest przetwarzanie poznawcze. Termin ten obejmuje procesy rozumienia, interpretacji i nadawania sensu doświadczonemu wydarzeniu. Badacze różnią się sposobami wyjaśniania, jak trudności właśnie w przetwarzaniu poznawczym wydarzenia traumatycznego prowadzą do powstania uporczywych symptomów psychopatologicznych. Niemniej jednak, wspólnym elementem jest tu założenie, że sposób opracowania doświadczenia traumatycznego będzie zależał nie tylko od jego natury, ale również od wcześniej występujących u pacjenta przekonań na temat siebie i otaczającego świata. Podejrzewa się, że przeżycia związane z traumą mogą w wielu przypadkach istotnie podważać wcześniej istniejące przekonania o sobie i świecie. Tym ujęciu zaburzenia przetwarzania poznawczego stanowią konsekwencję nieudanej próby pogodzenia sprzecznych przekonań. Przykładem może być historia pacjenta, który na co dzień postrzega siebie, jako zaradnego i skutecznego przedsiębiorcę, trzymającego emocje na wodzy. Natomiast w sytuacji zagrożenia życia konfrontuje się on z własną bezradnością i rozpaczą. Uważa się, że brak powodzenia we włączeniu tych wysoko rozbieżnych informacji do istniejących wcześniej poznawczych modeli siebie i świata prowadzi do pojawienia się charakterystycznych dla PTSD symptomów zaburzeń poznawczych, tym fenomenów dysocjacyjnych.

Jednym ze szczegółowych modeli poznawczych zaburzeń występujących w ramach PTSD, który do dziś stanowi obiekt naukowego zainteresowania, jest teoria podwójnej reprezentacji PTSD (ang. Dual Representation Theory of Posttraumatic Stress Disorder) zespołu pod kierownictwem Chrisa Brewina (Brewin i in., 1996). Badacze, analizując doniesienia neuronaukowców i innych specjalistów zajmujących się tematyką traumy, dostrzegli podwójną naturę wspomnień pacjentów cierpiących na zaburzenia pourazowe. Z jednej strony prezentują oni świadomie przywoływaną narrację na temat traumatycznego wydarzenia. Z drugiej opisują doświadczenia mimowolnej intruzji wspomnień typu *flashback*, które są treściowo i jakościowo odmienne od świadomych wspomnień. Z tych powodów przypuszcza się, że doświadczenia traumatyczne podlegają dwóm równoległym procesom: przetwarzaniu świadomemu i nieświadomemu. Dlatego autorzy teorii wyróżniają dwa odmienne rodzaje wspomnień wydarzenia traumatycznego: (1) *sytuacyjnie dostępne*, (2) *werbalnie dostępne*.

W postaci sytuacyjnie dostępnych wspomnień przechowane zostają cechy i szczegóły wydarzeń traumatycznych, takie jak m.in. dźwięki, zapachy, obrazy. Wspomnienia tego typu zawierają dużą ilość szczegółowych informacji zapisywanych według kryteriów, które nie podlegają świadomej kontroli. Mogą one zostać przywołane jedynie mimowolnie jako odpowiedź na odpowiedni bodziec sytuacyjny. Ich przypomnienie może nastąpić, gdy pacjent spotyka jakąś cechę sytuacji lub jej znaczenia, które jest podobne do pierwotnej sytuacji traumatycznej. Aktywacja wspomnienia może mieć źródło w procesach zarówno wewnętrznych (np. poprzez rozmyślanie o wydarzeniu traumatycznym), jak i zewnętrznych (np. znalezienie się w podobnym pomieszczeniu przypominającym to, w którym doszło do wywołania traumy). Podobnie jak pamięć utajona (ang. *implicit memory*), wspomnienia tego typu nie mogą być przypominane na życzenie i opierają się chęci intencjonalnej modyfikacji.

Jeżeli natomiast pacjent świadomie zastanawia się i przypomina sobie wydarzenie traumatyczne, np. próbując je zrozumieć lub zintegrować jego cechy i szczegóły, aktywizuje się drugi system wspomnień, tj. werbalnie dostępne wspomnienia. W tej formie przechowywane są różne wolicjonalnie dostępne zapisy wydarzeń autobiograficznych, towarzyszących im emocji oraz sposób ich interpretacji. Jednakże szczegółowość zapisania w tych wspomnieniach sytuacji traumatycznej jest mocno ograniczona przez wpływ towarzyszącej traumie reakcji lękowej, która prowadzi do upośledzenia pamięci krótkotrwałej i wystąpienia wybiórczej uwagi. Ten typ wspomnień, podobnie jak pamięć jawna, jest mniej szczegółowy i łatwo poddaje się zmianie.

Uważa się, że w zależności od poziomu integracji doświadczenia traumatycznego pacjenci będą różnić się w poziomie spontanicznej aktywizacji sytuacyjnie dostępnych wspomnień. Werbalnie dostępne wspomnienia, którym nie towarzyszy subiektywne doświadczenie intensywnego strachu lub przeżycia traumy, powinny być bardziej zmienne i zawierać mniej szczegółów niż opisy słowne, którym towarzyszy uczucie przeżycia traumy. Podczas gdy pierwszy z nich powinien stać się bardziej schematyczny i mniej konkretny w czasie, drugi ma pozostać wysoce spójny nawet po wielu latach. Badacze przypuszczają również, że uwarunkowane reakcje emocjonalne w postaci intruzji typu *flashback* mogą być wywołane przez te aspekty sytuacji traumatycznej, które nie były częścią początkowych słownych opisów traumatycznych sytuacji przeżytych. Intruzje mogą być również łatwiej wywoływane przez aspekty sytuacji traumatycznej, które są przechowywane w sytuacyjnie dostępnych wspomnieniach niż w tych dostępnych werbalnie.



W tym ujęciu powodzenie procesu integracji danego doświadczenia będzie przejawiać się brakiem zaburzeń uwagi i pamięci w obliczu bodźca związanego z traumą. Istotność tego bodźca dla psychiki będzie na tyle niska, że w jego obliczu nie będzie trzeba korzystać z żadnych priorytetowych, a przez to uproszczonych i pozaświadomych form przetwarzania informacji. Jest to możliwe, jeżeli u pacjenta występuje niska niezgodność informacji związanych z traumą z wcześniej istniejącymi przekonaniem o sobie i świecie. Elastyczność w tym zakresie będzie dalej prowadzić do mniejszego natężenia negatywnych emocji, tolerowania nawracających wspomnień wydarzenia traumatycznego, jak również do habituacji do nawracających wspomnień sytuacyjnych lub możliwości zmiany ich oceny poznawczej. Odpowiednie wsparcie społeczne jest kluczowe dla powodzenia tego procesu, gdyż umożliwia wielokrotne omawianie traumatycznych wspomnień w okolicznościach zmniejszania negatywnych stanów emocjonalnych, co z kolei wspiera nadawanie nowego znaczenia przypominanym wydarzeniom. W wielu przypadkach, powodzenie procesu przetwarzania traumy prowadzi do trwałych zmian w tożsamości. Pacjent nie musi zaprzeczać żadnym bolesnym elementom trudnego wydarzenia. Może się wtedy pojawić poczucie, że doznane wydarzenie zmieniło go wewnątrz i już nie jest tą samą osobą. Uważa się, że za sukces przetwarzania doświadczeń traumatycznych odpowiadają również czynniki podmiotowe, takie jak m.in. brak wcześniejszych doświadczeń traumatycznych, odpowiedni poziom rozwoju poznawczego, mniej skrajnych, sztywnych założeń i oczekiwań od siebie i świata oraz zdolność tolerowania intruzji wspomnień sytuacyjnych.

Drugą możliwą konsekwencją prób poznawczej integracji wydarzenia traumatycznego jest chroniczne przetwarzanie. Może ono wystąpić z wielu przyczyn, zarówno związanych z traumą (długość trwania, intensywność), jak i z cechami osoby, która jej doświadcza. Takim niekorzystnemu rozwiązaniu sprzyjają duże rozbieżności pomiędzy obrazem siebie i świata sprzed urazu a tymi pojawiającymi się w obliczu doświadczenia urazowego. Wśród tych czynników ryzyka wskazuje się także: negatywną samoocenę, obecność wcześniejszych urazów w historii życia, sztywne cele, niewystarczający rozwój poznawczy, słabe wsparcie społeczne i niską skuteczność w kontroli intruzji wspomnień dostępnych sytuacyjnie do świadomości. Nie bez znaczenia pozostają również silna, repulsywna reakcja emocjonalna w obliczu traumy i brak indywidualnej zdolności do nadania znaczenia danemu wydarzeniu. W konsekwencji zarówno sytuacyjnie, jak i werbalnie dostępne wspomnienia związane z traumą są bezustannie opracowywane przez osobowość. Powtarzające się opracowywanie wspomnień danego wydarzenia nie prowadzi do jego integracji w istniejące reprezentacje siebie i świata. Z

uwagi na to, że doświadczenie traumatyczne jest ciągle aktualnie przetwarzane, występuje uporczywe zaabsorbowanie pacjenta myślami na temat traumy, a towarzyszą im objawy pobudzenia oraz trudności w funkcjonowaniu uwagi i pamięci. Częste doświadczenia intruzji typu *flashback* stanowią symptom oderwania doświadczenia od tożsamości jednostki. Trauma nie stanowi jednego z wielu wydarzeń w ciągu życia, ale ciągle powtarzający się, odbierany jako zewnętrzny względem podmiotu fakt. Wtórnie mogą się pojawić charakterystyczne dla pacjentów z PTSD zaburzenia nastroju, zachowania unikowe czy napady lęku panicznego.

Trzecim możliwym scenariuszem jest przedwczesne zahamowanie przetwarzania emocjonalnego. Opisy przypadków pacjentów cierpiących na zaburzenia pourazowe wskazują na powszechne występowanie w tej grupie różnych strategii i zabiegów podejmowanych w celu uniknięcia myślenia o traumie, jak również związanego z nią nieprzyjemnego pobudzenia. Stosując te zabiegi, pacjent pozostaje bardzo wrażliwy na wszystkie bodźce, które bezpośrednio są związane z traumą (miejsca, informacje, przedmioty, zapachy) lub pośrednio, poprzez sieć skojarzeń, mogą doprowadzić do aktywizacji jej wspomnienia. Kiedy pojawia się ryzyko zetknięcia z tego typu bodźcem, następuje wycofanie/przekierowanie uwagi. Przypuszcza się, że wielokrotne stosowanie tych zabiegów powoduje ich zautomatyzowanie. Twórcy teorii uważają, że jest to głównym powodem przedwczesnego przerwania procesu przetwarzania.

W tym wypadku może dochodzić do aktywizacji wspomnień traumy w pamięci autobiograficznej przy jednoczesnym uniknięciu spontanicznego reaktywizowania wspomnień dostępnych sytuacyjnie. Dzięki temu u tych pacjentów nie występują objawy chronicznego przetwarzania, jak np. częste występowanie natrętnych wspomnień czy świadomych uporczywych prób uniknięcia intruzji. Niemniej sytuacyjne wspomnienia mogą ulegać aktywizacji w pewnych wyjątkowych okolicznościach. Z tego powodu inaczej niż osoby z w pełni zintegrowanym doświadczeniem będą doświadczać pewnych trudności emocjonalnych i poznawczych, kiedy pojawiają się bodźce związanych z traumą, np. w czasie intensywnego przypominania sobie przykrego wydarzenia lub w sytuacji mocno przypominającej tę pierwotnie traumatyczną. Opisane zjawisko wskazuje, że doszło jedynie do częściowej integracji doświadczenia. Pacjent jest więc narażony na reaktywację nieopracowanych wspomnień na dalszych etapach życia, zwłaszcza jeżeli będzie wystawiony na działanie bodźca przypominającego traumatyczne wydarzenie (Brewin i in., 1996).

Współcześnie twórcy teorii dokonali jej rewizji i sprecyzowali swoje założenia dotyczące mechanizmu intruzji wspomnień, które często pojawiają się w wyniku

doświadczenia wydarzeń potencjalnie traumatycznych (Brewin i in., 2010). Część koncepcji została poddana empirycznej weryfikacji w serii artykułów, której wyniki podważały założenia, że intruzywne wspomnienia powstają w wyniku braku integracji percepcyjnie i kontekstualnie dostępnych wspomnień w pamięci autobiograficznej (Pearson, 2012; Pearson i in., 2012). Z racji licznych ograniczeń autorzy koncepcji podważają jednak znaczenie wyników tych badań (Brewin, Burgess, 2014).

Teoria podwójnej reprezentacji PTSD budzi poważne trudności w zakresie jej empirycznej weryfikacji. Dostrzega się przynajmniej dwa podstawowe powody takiego stanu rzeczy. Pierwszym jest znaczące rozbudowanie tego konceptu teoretycznego, co utrudnia operacjonalizację i pomiar skomplikowanych czynników. Drugą przeszkodą jest brak możliwości, ze względów etycznych, przeprowadzenia pełnowartościowego eksperymentu na ludziach, dotyczącego psychologicznych konsekwencji wydarzeń traumatycznych.

### **3.2.3. Mechanizm powtarzania urazów psychicznych**

W literaturze naukowej z obszaru teorii behawioralnych i poznawczych niemalże nie występują opracowania próbujące wyjaśnić zjawisko powtarzania wydarzeń traumatycznych za pomocą czynników psychologicznych. Istniejące prace skupiają się na przeglądzie doniesień empirycznych i na ich podstawie opracowuje się modele czynników mogących brać udział w powstawaniu tego zjawiska. Zazwyczaj jednak uwzględniane w tych modelach czynniki nie są powiązane ze sobą teoretycznie, tj. nie wskazuje się wprost na związki przyczynowo-skutkowe, a jedynie wymienia potencjalne czynniki ryzyka (np. Foa i in., 2000; Kuijpers i in., 2011). Bardziej rozbudowane opracowania dotyczą czynników, które wpływają na osobowość w taki sposób, że dana doświadczana trudna sytuacja prowadzi do wystąpienia urazu psychicznego. Tutaj zjawisko wielokrotnego doświadczania urazu psychicznego bywa analizowane nie jako tendencja do angażowania się w ryzykowne sytuacje życiowe, lecz jako pewna nabyta słabość psychiki, która sprawia, że wydarzenia doświadczane przez pacjenta prowadzą do poważnego zachwiania stabilności i pojawienia się urazu psychicznego. W tego typu modelach wcześniejsze doznanie urazu psychicznego jest samo w sobie traktowane jako ważny czynnik ryzyka doświadczenia go ponownie w przyszłości (tj. retraumatyzacji) (np. Zayfert, 2012).

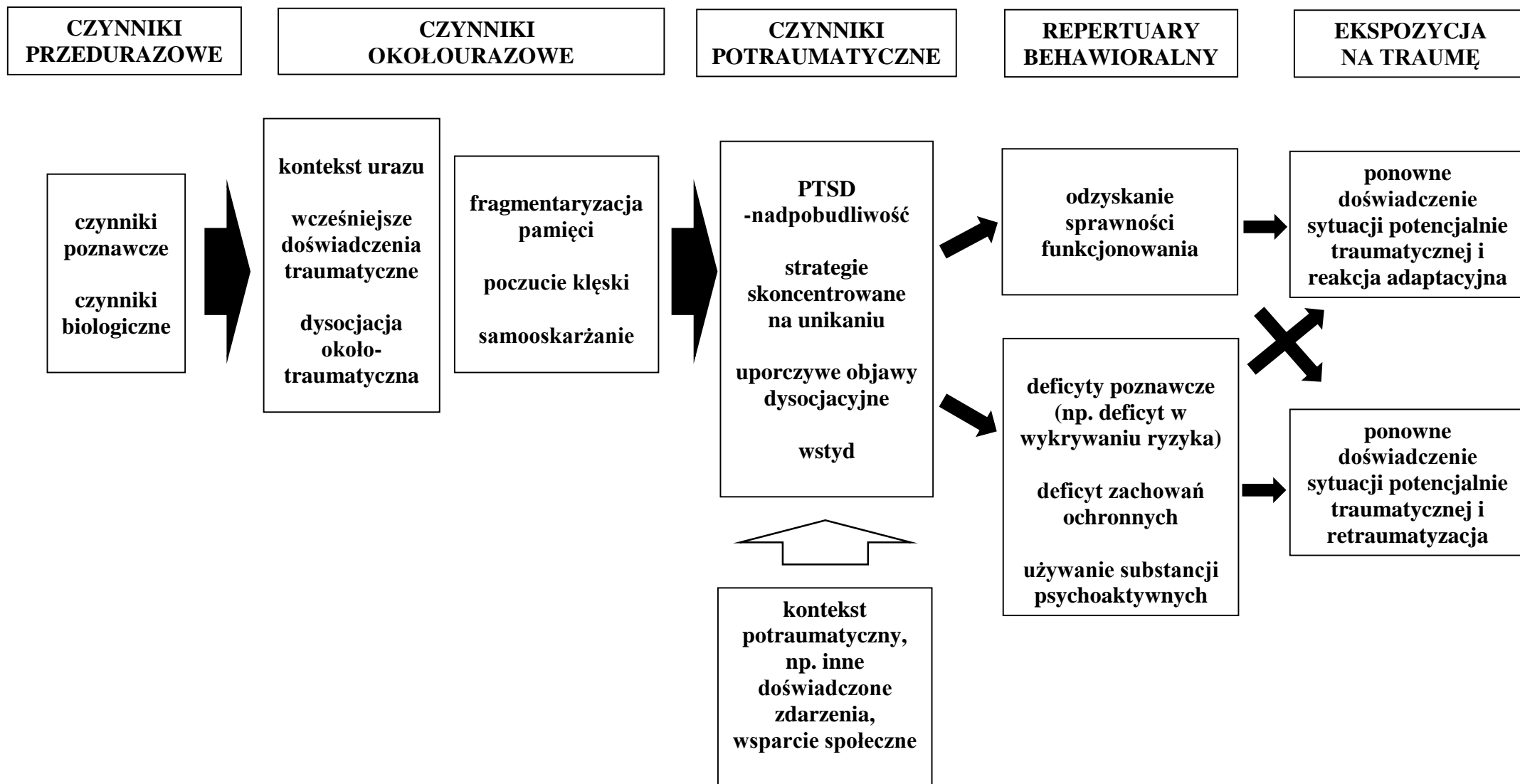
W prezentowanym podejściu analizowana w tej rozprawie tendencja do występowania u pacjenta charakterystycznego wzorca zachowania, polegającego na angażowaniu się w podobne potencjalnie traumatyczne sytuacje (rewiktymizacja), nie została teoretycznie wprost

skonceptualizowana i jeżeli pojawia się w publikacjach, ma znaczenie marginalne. Większą uwagę specjaliści reprezentujący paradygmat poznawczo-behawioralny poświęcają analizie procesów intrapsychicznych, związanych z nabywaniem wrażliwości osobowości na zaburzenia jego funkcjonowania w czasie konfrontacji z sytuacjami potencjalnie traumatycznymi (retraumatyzacja).

Niemniej mimo braku konceptualizacji rewiktymizacji, omówienie choćby ustaleń paradygmatu poznawczo-behawioralnego dotyczących czynników biorących udział w procesie bardziej szczegółowym, tj. retraumatyzacji, może być wartościowe dla całościowego zrozumienia opisywanych w tej pracy zjawisk, tj. psychologicznych konsekwencji wydarzeń traumatycznych.

Jednym z niewielu przykładów opracowania hipotetycznego modelu retraumatyzacji w koncepcjach behawioralnych i poznawczych jest ten zaproponowany przez Claudię Zayfert (2012). Autorka uważa, że różne formy ponownego doświadczania wydarzeń traumatycznych są na tyle powszechne w populacji pacjentów z zaburzeniem pourazowym, że retraumatyzację należy postrzegać jako stały czynnik zwiększający ryzyko narastania istniejących już objawów psychopatologicznych. Obserwacje kliniczne wskazują, że wydarzenie traumatyczne u tych pacjentów nie należy do przeszłości zarówno w sensie psychicznym (obecne intruzje), jak i faktycznym (występuje wysokie ryzyko doznawania kolejnych wydarzeń traumatycznych w bieżącym funkcjonowaniu).

W omawianej perspektywie o retraumatyzacji może być mowa przy spełnieniu dwóch warunków: (1) gdy pacjent posiada w swojej biografii epizod zmagania się z objawami negatywnych psychologicznych konsekwencji doświadczenia wydarzenia traumatycznego, (2) ponowne doświadczenie wydarzenia traumatycznego doprowadziło do poważnego zachwiania pracy osobowości, np. wystąpienia objawów psychopatologicznych (Schock, Knaevelsrud, 2013, Zayfert, 2012).



Rycina 1. Model retraumatyzacji. Opracowanie własne

Podejrzewa się, że tendencja do wielokrotnego reagowania urazem psychicznym w odpowiedzi na doświadczenia potencjalnie traumatyczne może wyjaśniać obserwowaną w tej grupie pacjentów tendencję do zaostrzania się objawów psychopatologicznych w miarę upływu czasu od sytuacji pierwotnie wywołującej objawy zaburzeń pourazowych. Z tego powodu postuluje się zastąpienie modeli linearnych następstw PTSD teoriami iteracyjnymi, tj. rozumienia procesów narastania objawów, jak również występowania kolejnych urazów psychicznych jako wzajemnie, tj. dwukierunkowo powiązanych ze sobą.

W opracowanym przez Zayfert (2012) modelu retraumatyzacji proponuję analizę czterech grup czynników, które wpływając na siebie wzajemnie, prowadzą do odmiennego funkcjonowania w sytuacji doświadczenia ponownej sytuacji traumatycznej, tj. reakcji adaptacyjnej lub retraumatyzacji. Na analizowane grupy zmiennych mających udział w tym procesie (por. schemat 2) składają się następujące czynniki: (1) przedurazowe, (2) okołourazowe, (3) pourazowe i (4) repertuar behawioralny. Poniżej zostanie opisana część proponowanych zmiennych, które mają kluczowe znaczenie w prezentowanym modelu (Tabela 1).

Czynniki przedurazowe (ang. *pre-trauma factors*) dotyczą wcześniejszych predyspozycji do rozwoju zaburzeń pourazowych. Mogą tutaj się znaleźć zarówno czynniki natury biologicznej (np. temperament), socjologicznej (np. niestabilność rodziny pochodzenia), jak i psychologicznej (np. występowanie objawów psychopatologicznych) (m.in.. Keane, Barlow, 2002). Podczas gdy dwie pierwsze grupy mają mniejszościowy udział w wyjaśnianiu objawów PTSD, badania wskazują, że poprzedniki psychologiczne mogą odgrywać bardziej znaczącą rolę. Wskazuje się tutaj, że istotne mogą być: negatywny styl atrybucji, skłonność do ruminacji, podatność na odczuwanie lęku czy lękowy styl poznawczy (ang. *looming cognitive style*) (Elwood i in., 2009). Zmienne okołourazowe (ang. *peritraumatic factors*) stanowią jeden z głównych obszarów zainteresowań badaczy zajmujących się tematyką traumy. Zmienne te dotyczą zarówno charakterystyki samego wydarzenia traumatycznego, jak i funkcjonowania psychiki w trakcie konfrontacji z nim. Z kolei w grupie czynników potraumatycznych wyróżnia się symptomy, zachowanie jednostki i reakcję otoczenia, które pojawia się w konsekwencji urazu psychicznego, m.in. objawy PTSD, unikowe radzenie sobie, wstyd, uporczywą dysocjację i wsparcie społeczne. Ostatnią grupę analizowanych czynników (repertuar behawioralny) stanowią długofalowe konsekwencje doświadczonego urazu psychicznego, w tym: deficyty poznawcze, niezdolność w zapewnieniu sobie bezpieczeństwa czy nadużywanie substancji psychoaktywnych.

W opisywanym modelu zakłada, że istnieją dwa scenariusze długofalowych konsekwencji wydarzeń traumatycznych. W pierwszym z nich dochodzi do skutecznego leczenia i odzyskania zdrowia, co zmniejsza ryzyko ponownego zareagowania załamaniem się funkcjonowania psychiki w obliczu wydarzenia potencjalnie traumatycznego. W sytuacji, gdy w wyniku niekorzystnych okoliczności jednostka ponownie doświadczy wydarzeń traumatycznych, scenariusz ten zakłada wysoką szansę na adaptacyjną odpowiedź jednostki i uniknięcie pojawienia się objawów psychopatologicznych. Drugi scenariusz zakłada taką niekorzystną konfigurację czynników okołourazowych, potraumatycznych i zachowań ryzykownych, która finalnie prowadzi do załamania się funkcjonowania psychiki w obliczu konfrontacji z wydarzeniem potencjalnie traumatycznym, co będzie prowadziło do wystąpienia objawów psychopatologicznych, jak również zwiększenia wrażliwości na tego typu załamania funkcjonowania w obliczu przyszłych wydarzeń potencjalnie traumatycznych.

**Tabela 1. Predyktory retraumatyzacji****Tabela 1a. Zmienne okolourazowe**

<b>Charakterystyka traumy</b>	cechy wydarzenia traumatycznego, w tym długość trwania, nasilenie, doznanie groźby krzywdy i faktycznej krzywdy fizycznej, wiek osoby doświadczającej urazu;
<b>Kontekst urazu</b>	znaczenie relacji łączących ofiarę ze sprawcą, co dowiedziono na podstawie badań prowadzonych wśród ofiar przemocy seksualnej. Okazuje się, że im bliższa była relacja ze sprawcą (np. był członkiem rodziny), tym bardziej nasilonych negatywnych konsekwencji psychologicznych możemy oczekiwać (Finkelhor, Browne, 1985);
<b>Okolo-traumatyczna dysocjacja</b>	pojawienie się stanów dysocjacyjnych w trakcie doświadczania wydarzenia traumatycznego (Banyard i in., 2002);
<b>Fragmentaryzacja pamięci</b>	skłonności do dysocjacji, która zakłóca procesy pamięciowe, jeszcze przed traumą może znacząco wpływać nie tylko na to jak wydarzenie urazowe zostanie zapisane w pamięci, ale również na jakość procesu jego poznawczego przetwarzania. Przypuszcza się, że zakłócenia w tym zakresie mają znaczenie w rozwoju zespołu stresu pourazowego (Giesbrecht, i in., 2008);
<b>Poczucie klęski</b>	pojawienie się uczuć związanych z bezradnością i bezsilnością odczuwanymi w trakcie doznawanego urazu (Kleim i in., 2007);
<b>Samooskarżanie</b>	uporczywe przypisywanie sobie odpowiedzialności za doświadczenie wydarzenia traumatycznego (Miller, i in., 2007);

*Opracowanie własne na podstawie Zayfert, 2012*



**Tabela 1b. Czynniki potraumatyczne**

<b>PTSD</b>	rozwój objawów zespołu stresu pourazowego, w szczególności objawów nadpobudliwości, której przypisuje się ważną rolę w procesie rewiktymizacji (Risser i in., 2006);
<b>Uporczywe objawy dysocjacyjne</b>	wystąpienie objawów dysocjacyjnych zarówno w okresie okołotraumatycznym, jak i w następstwie wydarzenia traumatycznego. Uważa się, że uniemożliwia to poznawcze przetworzenie traumy i sprzyja jej uporczywemu nawracaniu (Bryant, 2007), jak również prowadzi do trudności w adekwatnym nadawaniu znaczenia ryzykownym sytuacjom społecznym, co zwiększa ryzyko ponownego doświadczenia sytuacji traumatycznych (DePrince, 2005);
<b>Wsparcie społeczne</b>	wsparcie jako czynnik chroniący przed wystąpieniem symptomów psychopatologicznych (Ullman, 2003), jak również pojawieniem się rewiktymizacji na dalszych etapach życia (Gibson, Leitenberg, 2001);

*Opracowanie własne na podstawie Zayfert, 2012*

**Tabela 1c. Zachowania ryzykowne**

<b>Deficyty poznawcze</b>	brak zdolności rozpoznania potencjalnego ryzyka prowadzący do podejmowania zachowań ryzykownych (Gobin, Freyd, 2009).
<b>Deficyt w zakresie zachowania ochronnego</b>	skłonność reagowania nieadekwatnymi reakcjami alarmowymi, które mogą pojawiać się w sytuacjach codziennych a nie występować, gdy istnieje wysokie ryzyko doznania krzywdy (Orcutt i in., 2002; Zayfert, 2012).
<b>Używanie substancji psychoaktywnych</b>	regulowanie stanów emocjonalnych za pomocą substancji psychoaktywnych (McCauley i in., 2010; Ullman i in., 2009).

*Opracowanie własne na podstawie Zayfert, 2012*

Podczas gdy rewiktymizacja dotyczy wyjaśnienia charakterystycznego wzorca zachowania pacjenta za pomocą procesów psychologicznych, opisywana tutaj retraumatyzacja obejmuje zjawisko dotyczące procesów intrapsychicznych, związanych z nabywaniem wrażliwości osobowości na zaburzenia jej funkcjonowania w czasie konfrontacji z sytuacjami potencjalnie traumatycznymi.

Przedstawiony model Zayfert (2012) stanowi jeden ze sposobów wyjaśniania mechanizmów retraumatyzacji reprezentowany przez badaczy z paradygmatu behawioralnego i poznawczego. Pomimo uwzględnienia wielu z czynników pojawiających się we współczesnych doniesieniach badawczych na temat konsekwencji wydarzeń traumatycznych, ostrożnie zasugerowany tutaj hipotetyczny związek przyczynowo-skutkowy został zarysowany bardzo ogólnie. Zaprezentowano w nim grupy predyktorów bezpośrednich i pośrednich, jednakże nie wyjaśnia wprost kwestii kluczowej dla badanego zjawiska. Nie pojawia się tutaj teoretyczne wyjaśnienie, dlaczego część pacjentów pomimo doznawania urazu psychicznego będzie przejawiać zwiększoną wrażliwość na doznawanie go w przyszłości, a część pacjentów takiej skłonności nie będzie przejawiać. Wymienione kwestie zdecydowanie obniżają wartość wyjaśniającą tego modelu i możliwe zastosowanie w praktyce klinicznej.

### **3.3. Rewiktymizacja w podejściu integracyjnym – teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów**

Szczególną koncepcją, w której podejmuje się próbę wyjaśnienia zjawiska rewiktymizacji, jest teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów Jeffreya Younga. Ujęcie to, mimo poznawczo-behawioralnego rodowodu, zawiera elementy zdradzające inspiracje psychoanalizą, jak również, w mniejszym stopniu, odwołujące się do innych paradygmatów teoretycznych. Koncepcja ta powstała w odpowiedzi na zauważalny impas w leczeniu pacjentów z zaburzeniami osobowości za pomocą klasycznych metod wywodzonych z paradygmatu behawioralnego i poznawczego. Współcześnie teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów jest uważana za jedną z niewielu koncepcji psychologicznych pozwalających zarówno na opisanie, jak i operacjonalizację złożonych zjawisk psychopatologicznych w ilościowych badaniach empirycznych. Z tych powodów teoria ta zasługuje na wyjątkową uwagę w kontekście refleksji nad psychologicznym mechanizmem rewiktymizacji.

### 3.2.1. Założenia ogólne – charakterystyka wczesnych nieadaptacyjnych schematów

Teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów stanowi współczesne rozwinięcie poznawczej koncepcji osobowości Aarona Becka, który zakładał, że nieadaptacyjne zachowania i trudności emocjonalne są pośrednio spowodowane przez dominujące schematy poznawcze. Podstawową różnicą pomiędzy ujęciem Becka a teorią Younga jest to, że ta druga umożliwia opis teoretyczny dynamiki poznawczo-emocjonalnej ambiwalencji charakterystycznej dla pacjentów cierpiących na zaburzenia osobowości, w szczególności osobowość typu borderline. Ujęcie w teorii Becka nie uwzględniało tego istotnego aspektu funkcjonalnego osobowości człowieka (Beck, Freeman, Davis, 2005; (Beck, Freeman, Davis, 2005).

W szerokim kontekście poznawczej teorii osobowości, schemat należy rozumieć jako poznawczy składnik osobowości, który odpowiada za porządkowanie informacji o rzeczywistości, wyznacza kierunek myślenia i podejmowania decyzji. Ponadto odpowiada za procesy związane z zapamiętywaniem i selektywnym przypominaniem sobie wcześniejszych doświadczeń (Pervin, 2005). Schematy poznawcze pojawiają się zarówno u ludzi zdrowych, jak i cierpiących na zaburzenia emocjonalne. To jednak schematy występujące w tej drugiej grupie stały się przedmiotem zainteresowania teoretyków i klinicystów. Pojęcie schematu bowiem stało się użyteczne do wyjaśnienia powszechnie obserwowanych m.in. wśród pacjentów z zaburzeniami osobowości nieprawidłowości w procesach postrzegania oraz interpretacji siebie i świata społecznego (Beck i in., 2005).

Jeffrey Young (1990), opracowując koncepcję wczesnych nieadaptacyjnych schematów, inspirował się teorią osobowości Becka. Jego zainteresowania badawcze dotyczyły przede wszystkim schematów, odpowiadających za wystąpienie zaburzeń i nieprawidłowego zachowania, czyli takich, które zawierały przekonania znacząco zniekształcające doświadczaną rzeczywistość. Opisywaną podkategorię schematów nazwał wczesnymi nieadaptacyjnymi schematami (ang. *early maladaptive schemas* – EMS), definiując je bardzo ogólnie. Young twierdzi, że jest to abstrakcyjny plan poznawczy zawierający zgeneralizowane zasady, za pomocą których ludzie nadają znaczenie zjawiskom i rozwiązują życiowe problemy. EMS określa jako ogólne motywy, wzorce poznawcze i emocjonalne o nieadaptacyjnym charakterze, które składają się ze wspomnień, emocji, przekonań i doznań cielesnych dotyczących jednostki i jej relacji z innymi. Dla wykształcenia EMS kluczowy jest według niego okres wczesnego dzieciństwa, zaś jakość interakcji dziecka ze światem zewnętrznym, w tym z opiekunami, a także inne istotne doświadczenia dają początek charakterystycznej dla danej osoby konfiguracji schematów. Ważne dla finalnego kształtu posiadanych schematów mają być również kolejne

etapy życia, w szczególności okres dojrzewania. Doświadczenia z tego etapu rozwojowego mogą wpłynąć na finalne uformowanie się EMS, które będą towarzyszyć człowiekowi przez całe życie (Young i in., 2014).

Wczesne nieadaptacyjne schematy mogą również występować u ludzi zdrowych, jednak główna różnica pomiędzy normą a psychopatologią dotyczy różnic ilościowych i jakościowych, to natężenia schematów oraz konfiguracji, w jakiej występują. EMS mają głównie charakter egosyntoniczny i stanowią ważną część tożsamości danej osoby, jej wiedzy o sobie, przekonaniach na temat innych i stosunku do otaczającego świata. W zakresie jakościowym schematy pozostają stosunkowo stabilne w czasie, szczególnie z uwagi na ich właściwość do takiego opracowywania bodźców, by doszło do potwierdzenia przekonań jednostki, które za nimi stoją. Z tego powodu wczesne schematy trudno poddają się zmianie i są zasadniczo trwałe (Arntz, van Genderen, 2016).

Ponadto podkreśla się, że schematy odgrywają nadrzędną rolę w zachowaniu jednostki, a zatem zachowanie pojawia się jako reakcja na aktywację schematu. Na podstawie ogólnych założeń poznawczej koncepcji osobowości można przyjąć, że schematy mają również nadrzędne znaczenie w pojawianiu się reakcji emocjonalnych. Jednak kwestia ta nie została jednoznacznie rozstrzygnięta przez autorów teorii EMS (Young i in., 2014).

Autorzy koncepcji, inspirowani się prawdopodobnie opisami różnych grup zaburzeń osobowości, wyróżnili osiemnaście różnych wczesnych nieadaptacyjnych schematów, które mogą być podzielone na pięć ogólnych domen (Tabela 2, 3, 4, 5, 6).

**Tabela 2. Domena rozłączenie i odrzucenie. Skrócowa charakterystyka wczesnych nieadaptacyjnych schematów**

<b>nazwa domeny</b>	<b>nazwy schematów</b>	<b>charakterystyka</b>
<b>rozłączenie i odrzucenie</b>	opuszczenie / niestabilność więzi	postrzeganie bliskich osób jako niemogących dostarczyć wsparcia i bliskości emocjonalnej; przekonanie, że nie można polegać na bliskich, ponieważ są to osoby niestabilne emocjonalnie i nieprzewidywalne; obawa przed porzuceniem
	nieufność/skrzywdzenie	oczekiwanie celowego skrzywdzenia i wykorzystania ze strony innych ludzi
	deprywacja emocjonalna	inni ludzie nie dostarczą wystarczającego wsparcia emocjonalnego; przejawiać się może w przekonaniach na temat: pozbawienia opieki, pozbawienia empatii, pozbawienia wsparcia
	wadliwość/wstyd	osoba jest przekonana o defekcie, który powoduje, że jest nie w pełni wartościowa, zła i niechciana; lęk przed utratą miłości w sytuacji ujawnienia defektu; wstyd z powodu przeżywania swoich cech jako wad
	izolacja społeczna / wyobcowanie	przekonania dotyczące wyobcowania, odmienności od innych ludzi, braku przynależności

*Opracowanie własne na podstawie Young, Klosko, Weishaar, 2014*

**Tabela 3. Domena osłabiona autonomia i brak dokonań. Skrócowa charakterystyka wczesnych nieadaptacyjnych schematów**

<b>nazwa domeny</b>	<b>nazwy schematów</b>	<b>charakterystyka</b>
<b>osłabiona autonomia i brak dokonań</b>	zależność / niekompetencja	przekonanie o braku zdolności radzenia sobie z codziennymi obowiązkami bez pomocy innych osób
	podatność na zranienie lub zachorowanie	oczekiwanie i towarzyszący mu lęk przed nieuchronną katastrofą (może dotyczyć problemów zdrowotnych, obawy przed trudnościami emocjonalnymi i psychicznymi, jak również katastrofami naturalnymi i zdarzeniami losowymi)
	uwikłanie emocjonalne / nie w pełni rozwinięte Ja	nadmierne zaangażowanie i bliskość w relacji, co odbywa się kosztem autonomii; przekonanie o niemożności funkcjonowania jednej z osób z diady, bez bliskości drugiej
	porażka	przekonania o zbliżającej się porażce, braku zdolności sprostania wymaganiom, przekonanie o własnej niekompetencji na tle otoczenia

*Opracowanie własne na podstawie Young, Klosko, Weishaar, 2014*

**Tabela 4. Domena uszkodzone granice. Skrócowa charakterystyka wczesnych nieadaptacyjnych schematów**

<b>nazwa domeny</b>	<b>nazwy schematów</b>	<b>charakterystyka</b>
<b>uszkodzone granice</b>	roszczeniowość/wielkościowość	poczucie wyższości względem innych ludzi; przekonanie o posiadaniu specjalnych praw i przywilejów bez względu na ich realne możliwości, jak również skutki dla otoczenia i bliskich; pragnienie zdobycia władzy i kontroli
	niedostateczna samokontrola i samodyscyplina	problemy w adekwatnej samokontroli i tolerancji frustracji, co prowadzi do trudności w funkcjonowaniu i osiąganiu celów; również unikanie dyskomfortu – konfliktu, konfrontacji, odpowiedzialności, wysiłku

*Opracowanie własne na podstawie Young, Klosko, Weishaar, 2014*

**Tabela 5. Domena nakierowanie na innych. Skrócowa charakterystyka wczesnych nieadaptacyjnych schematów**

<b>nazwa domeny</b>	<b>nazwy schematów</b>	<b>charakterystyka</b>
<b>nakierowanie na innych</b>	podporządkowanie się	zestaw przekonań, w których treści znajduje się poddawanie się, poczucie bycia zmuszonym do poddania się nadmiernej kontroli innych, szczególnie aby uniknąć gniewu, zemsty lub porzucenia; przekonanie o nieistotności własnych potrzeb dla otoczenia; podporządkowanie może mieć miejsce poprzez podporządkowanie potrzeb lub emocji (np. poprzez stłumienie); może prowadzić do odreagowania w zachowaniu
	samopoświęcenie	przekonanie o konieczności zaspokajania cudzych potrzeb w pierwszej kolejności na tle własnych, co może chronić przed poczuciem winy, wyobrażonym zranieniem innych osób i zerwaniem relacji
	poszukiwanie akceptacji i uznania	objawia się w nadmiernym dążeniu do zdobycia szacunku, akceptacji, podziwu, uznania i uwagi innych osób, jak również dopasowania się do nich, co dzieje się kosztem rezygnacji z własnej podmiotowości; od reakcja innych zależy ich poczucie własnej wartości;

*Opracowanie własne na podstawie Young, Klosko, Weishaar, 2014*



**Tabela 6. Domena nadmierna czujność i zahamowanie. Skrótowa charakterystyka wczesnych nieadaptacyjnych schematów**

<b>nazwa domeny</b>	<b>nazwy schematów</b>	<b>charakterystyka</b>
<b>nadmierna czujność i zahamowanie</b>	negatywizm/pesymizm	skupianie uwagi na pesymistycznych myślach dotyczących rzeczywistości przy jednoczesnym pomijaniu aspektów pozytywnych; może wiązać się z oczekiwaniem porażki i zawodu, jak również z lękiem, że własne działania i decyzje staną się przyczyną oczekiwanej porażki lub katastrofy
	zahamowanie emocjonalne	w celu uniknięcia dezaprobaty innych osób lub z lęku przed utratą kontroli nad sobą, powstrzymywanie się od spontanicznego zachowania, uczuć i komunikacji; zahamowanie może objawiać się tłumieniem gniewu i agresji, tłumieniem pozytywnych uczuć, zaprzeczaniem emocjonalności na rzecz racjonalnej oceny lub wysokiej wrażliwości na zranienie
	nadmierne wymaganie / nadmierny krytycyzm	przekonanie o konieczności spełnienia swoich wewnętrznych wysokich standardów, czego zaniedbanie może prowadzić do antycypowanej krytyki; często przyjmują formę perfekcjonizmu, sztywności reguł i wysokiego zaabsorbowania właściwym gospodarowaniem czasem i wydajnością
	bezwzględna surowość	przekonanie o konieczności surowego karania ludzi i siebie za popełnione błędy; skłonność do popadania w gniew, bycia niecierpliwym i nietolerancji; trudność z akceptacją ludzkiej niedoskonałości

*Opracowanie własne na podstawie Young, Klosko, Weishaar, 2014*

Raz uformowane i odpowiednio nasilone wczesne nieadaptacyjne schematy wpływają na przetwarzanie informacji o innych ludziach i rzeczywistości zewnętrznej zgodnie z ich treścią. Oznacza to, że zaaktywizowany schemat doprowadzi do takiej obróbki doświadczanych bodźców, która będzie zgodna z treścią schematu. Autorzy tej teorii nazywają ten proces wzmacnianiem schematu. Pozwala on wyjaśnić, dlaczego samorzutne czy wynikające z osobistych postanowień znaczące zmiany w funkcjonowaniu pacjentów cierpiących na zaburzenia osobowości są niezwykle rzadkie. Wzmacnianie schematu może opierać się o procesy poznawcze, emocjonalne i behawioralne:

- **poznawcze** – za pomocą zniekształceń poznawczych osoba przetwarza informacje w taki sposób, żeby doprowadzić do potwierdzenia schematu, np. poprzez zwracanie uwagi na informacje z nim zgodne treściowo i pomijanie tych sprzecznych;
- **emocjonalne** – blokowanie afektu związanego ze schematem, co uniemożliwia jego poznawcze (świadome) opracowanie, a tym samym podjęcie próby jego kontrolowania;
- **behawioralne** – poprzez autodestrukcyjne wzorce zachowań, które często nieświadomie będą prowadzić do wyboru sytuacji lub relacji, w jakich dojdzie do potwierdzenia przekonań zawartych w schemacie; może to również przejawiać się w prowokowaniu ludzi bądź sytuacji, co doprowadzi do potwierdzenia schematu.

Procesem przeciwnym jest tak zwane osłabianie schematu, czyli włączanie nowych faktów i przekonań, które przeczą treści schematu. Wydaje się jednak, że proces osłabiania schematu, przy ukształtowanej osobowości dorosłego człowieka, jest mało prawdopodobny bez zewnętrznej ingerencji. Wpływ na to ma opisana wcześniej tendencja do samopotwierdzania treści schematów, tj. do interpretacji doświadczeń zgodnie z treścią posiadanych schematów, a w sytuacji pojawienia się przeciwnego bodźca – pomijania go bądź marginalizowania jego znaczenia.

Należy zaznaczyć, że posiadanie nawet silnie rozwiniętego schematu nie pozwala na przewidzenie konkretnej reakcji pacjenta – raczej pozwoli ustalić szerszy repertuar prawdopodobnego zachowania. Każdy schemat może manifestować się w trzech wariantach:

- (1) podporządkowanie schematowi – zachowanie zgodne z przekonaniami zapisanymi w schemacie,
- (2) unikanie schematu – podejmowanie wysiłku, żeby uniknąć sytuacji potencjalnego zaaktywizowania się schematu,

(3) kompensowanie schematu – próba radzenia sobie z przekonaniem zawartym w schemacie poprzez prezentowanie zachowania odwrotnego.

Za zmianę wariantu schematu odpowiada dominujący w danym czasie nieadaptacyjny tryb schematu: uległy poddany (podporządkowanie schematowi), odłączony obrońca (unikanie schematu), nadmierny kompensator (kompensowanie schematu). Dla zobrazowania tego procesu można posłużyć się często występującym u pacjentów z poważnymi zaburzeniami osobowości schematem nieufność/skrzywdzenie. Na ogólnym poziomie schemat ten zawiera sztywne, negatywistyczne przekonania dotyczące zachowania się innych ludzi względem pacjenta. W schemacie tym dominuje przekonanie, że nawiązanie relacji z innymi ludźmi będzie prowadzić do doznania krzywdy lub wykorzystania. Mimo wysokiego natężenia tego schematu zachowanie pacjenta może diametralnie różnić się w zależności od aktywizowanego trybu:

- w przypadku aktywizacji trybu uległy poddany pacjent może otaczać się osobami, które swoją postawą potwierdzą jego przekonania, np. będą przejawiały zachowania agresywne, a pacjent mimo to będzie podejmował starania stworzenia bliskiej relacji z nimi;

- w przypadku aktywizacji trybu odłączony obrońca pacjent może unikać prób tworzenia jakichkolwiek bliskich relacji, obawiając się skrzywdzenia, tj. potwierdzenia swoich przekonań;

- w przypadku aktywizacji trybu nadmierny kompensator pacjent może zachowywać się tak, jakby nie przeżywał tego typu rozterek, i traktować innych w podobny sposób, jak obawiał się, że zostanie potraktowany, np. manipuluje i przejawia zachowania agresywne wobec innych osób.

To, w jakiej odsłonie dany schemat się pojawi, będzie zależało zarówno od podmiotowych predyspozycji, jak i okoliczności zewnętrznych. Pomimo zmienności, pacjenci mogą prezentować pewną preferencję do określonego repertuaru charakterystycznych dla siebie reakcji. Przedstawione ujęcie jest użyteczne do zrozumienia charakterystycznej zmienności w zachowaniu, reakcjach i przekonaniach, jakie obserwujemy wśród pacjentów cierpiących na poważne zaburzenia osobowości.

W teorii EMS wspomniane scenariusze nazywane były sposobami radzenia sobie ze schematem. Współcześnie jednak z uwagi na większą użyteczność kliniczną zostały uznane jako nieadaptacyjne tryby schematów (Young i in., 2014).

### 3.2.2. Funkcjonalne aspekty wczesnych nieadaptacyjnych schematów

Schematy mogą wywierać wpływ na zachowanie i stan emocjonalny człowieka, jednak proces ten nie musi trwać bezustannie. Niektóre schematy mogą aktywować się jedynie w specyficznych sytuacjach, szczególnie gdy dana sytuacja koresponduje z treścią przekonań w nich zawartych. Taki proces aktywowania schematu prowadzi do pojawienia się stosownej do niego reakcji emocjonalnej i specyficznego zachowania. W tym wypadku treść schematu może pozostawać poza świadomym rozeznaniem poznawczym i oddziaływać automatycznie na zachowanie osoby. Fakt ten tłumaczy się przedwerbalną genezą powstawania EMS. Ich początek umiejscawia się we wczesnym dzieciństwie, jeszcze zanim młody człowiek opanuje zdolność mówienia. Świadoma część schematu jest tworzona nieco później, gdy dziecko opanuje zdolność werbalizacji swoich stanów emocjonalnych i myśli (Young i in., 2014).

Do precyzyjnego opisu zmienności w zakresie ekspresji schematów Young, Klosko i Weishaar opracowali pojęcie trybu schematu. Stanowi on behawioralną i emocjonalną manifestację schematu, która wynika zarówno z sytuacji zewnętrznej, jak i części schematu aktywizowanego w odpowiedzi na tę sytuację. Tym samym tryb schematu jest sytuacyjną, dynamiczną odpowiedzią podmiotu na daną sytuację. Autorzy koncepcji zaproponowali trzy główne kategorie trybów: tryby dziecka, tryby rodzica i tryby nieadaptacyjne. Każdy z nich może być scharakteryzowany jakościowo i ilościowo. Do opisu trybów stosuje się poziom natężenia następujących cech: zintegrowania, świadomości oraz adaptacyjność. Należy wspomnieć, że ważnym elementem charakterystyki doświadczanych trybów jest ich poziom zmienności w czasie. Z uwagi na to, że wysoka zmienność trybów w czasie jest charakterystyczna dla pacjentów cierpiących na zaburzenie osobowości typu borderline, uważa się, że właśnie intensywność przerzutności przeżywanych trybów w danym czasie może stanowić dobry wskaźnik głębokości dysfunkcji emocjonalnych (Arntz, van Genderen, 2016).

Zainteresowanie specjalistów funkcjonalnymi aspektami osobowości wzbudził impas, jaki powstał, gdy pacjentów chwiejnych emocjonalnie (np. cierpiących na zaburzenie osobowości typu borderline) próbowano scharakteryzować za pomocą zdefiniowanych wcześniej schematów i ich domen. Okazało się, że otrzymane w trakcie badania profile były niespecyficzne, tj. mało zróżnicowane, co czyniło je nieprzydatnymi klinicznie. Ponadto opis za pomocą występujących cech i ich natężenia nie pozwalał uchwycić charakterystycznej dla tej grupy pacjentów niestałości w przeżywaniu siebie, świata i innych osób. Potrzebne zatem stało się włączenie do diagnozy czynnika funkcjonalnego osobowości, który umożliwiłby

uchwycenie charakterystycznej dla tych pacjentów zmienności poznawczej i emocjonalnej (Arntz, van Genderen, 2016; Young i in., 2014).

Young, Klosko i Weishaar scharakteryzowali 10 trybów schematów i pogrupowali je wg 4 kategorii – należą do nich: tryby dziecięce, nieadaptacyjne tryby radzenia sobie, nieadaptacyjne tryby rodzicielskie i tryb adaptacyjny (por. tabela 7). Każdy z trybów opisuje inny aspekt „ja” pacjenta manifestowany w danej sytuacji. Zazwyczaj aktywacja jednego trybu wywołuje charakterystyczne dla niego emocje i przekonania o sobie i świecie, które nie muszą wyraźnie występować w odmiennym trybie. Duża zmienność trybów w czasie może świadczyć o niskiej integracji jednych aspektów „ja” z innymi. Opisywane tutaj zjawisko na poziomie fenomenologicznym jest podobne do stanów przeżywanych przez osoby cierpiące na zaburzenia dysocjacyjne.

**Tabela 7. Rodzaje trybów w teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów**

<b>Tabela 7a. Tryby dziecięce</b>	
wrażliwe dziecko	pacjent przeżywa siebie jako słabego, osamotnionego, wrażliwego; ma poczucie, że jego podstawowe potrzeby emocjonalne nie są zaspokojone, np. że inni go nie kochają; świat i przyszłość jest widziana pesymistycznie
złoszczące się dziecko	pacjent przeżywa frustrację w wyniku niezaspokojonych potrzeb; czuje silną złość, jest wściekły
impulsywne/niezdyscyplinowane dziecko	pacjent zachowuje się w samolubny i impulsywny sposób, ma trudności z odroczeniem gratyfikacji, często czuje dużą złość, jest niecierpliwy i roszczeniowy
szczęśliwe dziecko	pacjent ma poczucie zaspokojenia swoich podstawowych potrzeb emocjonalnych, np. czuje się kochany, zadowolony, bezpieczny itp.

*Opracowanie własne na podstawie Young, Klosko, Weishaar, 2014*

**Tabela 7b. Nieadaptacyjne tryby radzenia sobie**

uległy poddany	pacjent zachowuje się pasywnie, ma poczucie, że musi podporządkowywać się woli innych osób, że dzięki uległości unika konfliktu lub odrzucenia, co może być ważniejsze niż ochrona przed doświadczaniem nadużycia czy złego traktowania ze strony innych
odłączony obrońca	pacjent jest odcięty od emocji i potrzeb; izoluje się od innych ludzi, podejmuje czynności, które służą zagłuszeniu emocji, np. zażywa substancje psychoaktywne
nadmierny kompensator	pacjent, przeżywając trudności emocjonalne, stara się je złagodzić poprzez wrogą postawę względem innych i wywyższanie się; prezentowane zachowanie ma kompensować niezaspokojone potrzeby emocjonalne

*Opracowanie własne na podstawie Young, Klosko, Weishaar, 2014*

**Tabela 7c. Nieadaptacyjne tryby rodzicielskie**

karzący rodzic	pacjent czuje, że on sam lub inna osoba zasługuje na karę; skupia się na karaniu i obwinianiu siebie bądź innych
wymagający rodzic	pacjent czuje, że powinien zachować kontrolę nad swoimi uczuciami i zachowaniem; ma sztywne i surowe zasady i reguły, które występują niezależnie od zmieniających się okoliczności

*Opracowanie własne na podstawie Young, Klosko, Weishaar, 2014*

**Tabela 7d. Tryby adaptacyjne**

zdrowy dorosły	pacjent jest w stanie integrować różne sprzeczne aspekty „ja”, przeżywać siebie i otoczenie adekwatnie do rzeczywistości, zaspokajać potrzeby swoje i innych, angażować się w aktywności adekwatne do jego wieku, np. w pracę, miłość, seks, hobby itp.
----------------	---

*Opracowanie własne na podstawie Young, Klosko, Weishaar, 2014*

### **3.2.3. Teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów a ryzyko rewiktymizacji wśród osób doznających przemocy**

Young wraz z zespołem (2014) na poziomie teoretycznym zakładali związek pomiędzy traumatycznymi doświadczeniami w dzieciństwie a rozwojem wczesnych nieadaptacyjnych schematów poznawczych. W szczególności przewidywano rozwój schematów z domeny Young wraz z zespołem (2014) na poziomie teoretycznym zakładali związek pomiędzy traumatycznymi doświadczeniami w dzieciństwie a rozwojem wczesnych nieadaptacyjnych schematów poznawczych. W szczególności przewidywano rozwój schematów z domeny rozłączenie i odrzucenie (w tym schematy opuszczenie / niestabilność więzi, nieufność/skrzywdzenie, deprywacja emocjonalna, wadliwość/wstyd, izolacja społeczna / wyobcowanie). Badacze przypuszczali, że schematy z tej domeny odpowiadają za bazową zdolność do wchodzenia w bliskie relacje międzyludzkie i reprezentują oczekiwane traktowanie ze strony innych ludzi. Dlatego też zakładano, że wczesne doświadczenia wydarzeń traumatycznych, np. przemocy w rodzinie, doprowadzą do rozwoju schematów z tej domeny; schematów, w których na poziomie przekonań będzie można odnaleźć m.in. antycypowaną krzywdę ze strony bliskich przy jednoczesnym wysokim poziomie lęku przed porzuceniem. W efekcie nastąpiłby także znaczny rozwój schematów domeny osłabiona autonomia i brak dokonań. Ten paradoksalny układ cech miał być odpowiedzialny za powtarzanie doświadczenia skrzywdzenia przy jednoczesnym braku zdolności do opuszczenia relacji, w której doznawano krzywdy.

Przedstawione założenia zostały potwierdzone badaniami, np. przeprowadzonymi przez Wright, Crawford i Del Castillo (2009) w grupie studentów. Wykazano wówczas, że doznawanie przemocy emocjonalnej, w tym zaniedbania emocjonalnego, ma związek z wysokimi wynikami w schematach wadliwość/wstyd, izolacja społeczna / wyobcowanie,

(domena rozłączenie i odrzucenie). Ponadto wyniki wskazywały na zależność doświadczanej przemocy od schematów: podatność na zranienie (domena osłabiona autonomia i brak dokonań) i samopoświęcenie (domena nakierowanie na innych).

W podobnych badaniach (Crawford, Wright, 2007) udowodniono mediującą rolę schematów w związku pomiędzy przemocą emocjonalną w dzieciństwie a doświadczaniem przemocy w relacji w wieku dorosłym. Najbardziej istotnymi czynnikami wyjaśniającymi relację pomiędzy CEM (*childhood emotional maltreatment*) a AIPV (*adult interpersonal* W podobnych badaniach (Crawford, Wright, 2007) rozpoznano mediującą rolę schematów w związku między przemocą emocjonalną w dzieciństwie a doświadczaniem przemocy w relacji w dorosłym życiu. Najbardziej istotnymi czynnikami wyjaśniającymi relację pomiędzy CEM (*childhood emotional maltreatment*) a AIPV (*adult interpersonal partner violence*) okazały się schematy: nieufność/skrzywdzenie, samopoświęcenie oraz zahamowanie emocjonalne. Jednakże, czynnikiem o największych właściwościach wyjaśniających okazał się schemat nieufność/skrzywdzenie, gdyż jego obecność warunkowała wystąpienie pełnej mediacji. Analiza ta potwierdziła założenie Younga o znaczeniu schematów z domeny rozłączenie i odrzucenie dla rewiktymizacji wśród osób doznających przemocy (por. Gay i in., 2013). Wyniki badań wskazują, że osoby z rozwiniętym schematem nieufność/skrzywdzenie, czyli przekonane, że inni ludzie są niegodni zaufania oraz zdolni i gotowi do wyrządzania krzywdy drugiemu człowiekowi, były narażone na to, że ich przekonanie urzeczywistni się w relacji z partnerem. W tym wypadku nieufność wobec innych nie pełni funkcji ochronnej przed skrzywdzeniem, lecz paradoksalnie zwiększa ryzyko wystąpienia. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku schematu samopoświęcenie. Autorzy przytoczonych badań sugerują, że zachowanie związane z przedkładaniem potrzeb innych nad własne mogło mieć adaptacyjną funkcję i chroniło przed agresją sprawcy przemocy w dzieciństwie. Jednakże podejrzewa się, że wysokie natężenie tego schematu może być skutkować pozostawaniem w relacji mimo jej negatywnych konsekwencji (np. zwiastunów przyszłej przemocy). Osoba przejawiająca wysoki poziom tego schematu może unikać i zaprzeczać przeżywanym uczuciom, własnym potrzebom emocjonalnym oraz powstrzymywać się od ekspresji swoich stanów psychicznych. Przypuszczam, że w tej sytuacji pacjent może nie korzystać z informacyjnych właściwości swoich reakcji emocjonalnych i angażować się w sytuacje i okoliczności niezależnie od ryzyka doznawanej krzywdy.

Rezultaty przeprowadzonych badań wykazały, że schemat nieufność/skrzywdzenie był również ważnym czynnikiem w analizie predyktorów bycia sprawcą przemocy w dorosłej



relacji. Ponadto ich analiza wskazała na trzy współwystępujące schematy wyjaśniające to zjawisko: roszczeniowość, niedostateczną kontrolę i depryzację emocjonalną. W analizie mediacji pomiędzy CEM a AIP czynniki te pełniły jedynie role mediatorów częściowych. Uzyskane wyniki wspierają zatem wcześniejsze hipotezy zakładające wspólne źródło bycia zarówno sprawcą, jak i ofiarą przemocy (Crawford, Wright, 2007).

Część badaczy zakłada, że osoba przejawiająca wysokie natężenie schematów z domeny rozłączenie i odrzucenie może prezentować zachowania ze spektrum bycia zarówno ofiarą, jak i sprawcą przemocy. Dlatego też w odpowiedzi na zaktywizowany schemat dana osoba może raz funkcjonować w roli sprawcy, innym razem zaś w roli ofiary przemocy, tj. doznawać przemocy ze strony partnera i przejawiać zachowania agresywne względem niego (Allison i in., 2007). Podejmowane są próby interpretacji zachowań tego typu jako patologicznych prób uzyskania uwagi partnera czy sposobu na odzyskanie kontroli w danej sytuacji (Gay i in., 2013).

Zarówno teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów, jak i wyniki przeprowadzonych badań nie wyjaśniają w pełni psychologicznego mechanizmu rewiktylizacji, jedynie wskazując na czynniki, które mogą odgrywać ważną rolę w powstawaniu tego zjawiska. Moja pogłębiona analiza teoretyczna pozwala przypuszczać, że zwiększone ryzyko rewiktylizacji będzie się wiązało z dwoma wzajemnie powiązanymi czynnikami. Pierwszym będzie odpowiednio wysokie nasilenie schematów z domeny rozłączenie/odrzućenie. Kluczowym czynnikiem z tej grupy powinien być schemat nieufności/skrzywdzenie. Jego wysokie natężenie wiąże się z oczekiwaniem celowego skrzywdzenia i wykorzystania ze strony innych ludzi. Niemniej przekonanie takie nie musi wcale oznaczać wystąpienia tendencji do rewiktylizacji. Niezbędny bowiem będzie drugi czynnik, tj. odpowiedni dominujący tryb schematu. W przypadku badanego zjawiska kluczowy będzie tryb podporządkowania się schematowi. Dominująca aktywizacja schematu nieufności/skrzywdzenie w formie aktywowanej przez tryb podporządkowania się schematowi tworzy ryzyko angażowania się w takie sytuacje życiowe, które potwierdzą przekonania na temat świata i ludzi. W tym wypadku będzie to angażowanie się w życiowe sytuacje, które tworzą ryzyko subiektywnego bądź obiektywnego doznania krzywdy ze strony innych, np. w sytuacje ryzykowne. Przypuszczam także, że przynajmniej część osób z tej grupy może prezentować stosunkowo duże nasilenie trybu unikania schematu. Scenariusz ten podpowiadają mi własne doświadczenie zawodowe i istniejące opisy kliniczne. Charakterystyczną cechą podkreślaną przez specjalistów prowadzących leczenie psychoterapeutyczne osób doświadczających rewiktylizacji jest pojawiający się u tych pacjentów naprzemienny wzorec

zachowania, w którym po okresach intensywnego zaangażowania w niekorzystną sytuację czy relację następuje okres poszukiwania izolacji, a po nim chęć powrotu do poprzedniej sytuacji mimo ryzyka doznawania krzywdy (m.in. Herman, 2004; Walker, 2016). Możliwe, że to, co zaobserwowali i opisali wcześniej klinicyści m.in. w modelu cyklu przemocy (Walker, 2016) związane było z naprzemienną aktywizacją dwóch wspomnianych trybów schematów.

## Rozdział 4. Opis projektu i metodologia badań

Analiza wiedzy teoretycznej i doniesień badawczych wskazała, że pomimo wielokrotnego podejmowania przez specjalistów tematu rewiktymizacji, ciągle wiele jej podstawowych aspektów pozostaje niewystarczająco opisana. Szczególnie zwracają uwagę braki w wiedzy na temat jej psychospołecznych uwarunkowań. Z tego powodu, chcąc przyczynić się do lepszego zrozumienia zjawiska rewiktymizacji w prezentowanej rozprawie postanowiono zrealizować dwa podstawowe cele:

- (1) zidentyfikować psychospołeczne czynniki ryzyka rewiktymizacji (forma i nasilenie przemocy, objawy zaburzeń dysocjacyjnych, wczesne nieadaptacyjne schematy i tryby);
- (2) zweryfikować psychologiczny mechanizm prowadzący do jej wystąpienia.

Charakter przyjętych celów wyznaczył podstawowe kierunki i ramy opracowań metodologicznych i realizacji badawczej.

Jak już wcześniej wspomniano, dostępna wiedza naukowa na temat rewiktymizacji pozwala założyć, że wczesne doświadczenia traumatyczne mogą prowadzić zarówno do przejściowych, jak i trwałych zmian w funkcjonowaniu psychospołecznym człowieka. Szczególnie interesujące z perspektywy klinicznej są zmiany trwałe i długofalowe, które przy wystąpieniu pewnych niekorzystnych okoliczności mogą zwiększyć ryzyko ponownego doświadczenia wydarzeń traumatycznych w przyszłości. Spośród kilku analizowanych podejść teoretycznych wyjaśniających psychologiczne mechanizmy odpowiedzialne za rewiktymizację wśród osób, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie, nieliczne proponują satysfakcjonujące modele, poddające się weryfikacji empirycznej. Uwzględnienie wcześniejszej wiedzy psychologicznej na temat znaczenia procesów poznawczych i emocjonalnych w reakcji na doświadczenie traumatyczne, jak również możliwość operacjonalizacji, przekonuje do prowadzenia badań własnych w teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów.

Założono, na podstawie analizy literatury, że gdy doświadczone wydarzenie ma charakter urazowy, może wyznaczyć trwały kierunek rozwoju przekonań na temat siebie, innych ludzi i otaczającego świata. Przekonania te, gdy są wystarczająco rozbudowane i sztywne, będą tak organizować dalsze przetwarzanie doświadczeń życiowych, żeby doszło do potwierdzenia informacji w nich zawartych. Ponadto, wraz ze wspomnianymi przekonaniami występują

korespondujące z nimi procesy emocjonalne. Taki stan rzeczy mógłby tłumaczyć, dlaczego część pacjentów, która doświadczyła w szczególności wczesnych wydarzeń traumatycznych czasami przejawia zaskakujące dla otoczenia tendencje do angażowania się w niekorzystne dla siebie sytuacje życiowe. Pomimo przeżywanego cierpienia, spełnienie się scenariusza zapisanego w własnych przekonaniach może dawać poczucie ulgi i zrozumienie wydarzeń, np. poprzez angażowanie się w sytuacje, które usprawiedliwią, czy uzasadnią własny obraz świata i innych osób. Praktyka kliniczna dostarcza przykładów tego typu zachowań. Można je zaobserwować m.in. wśród osób cierpiących na poważne zaburzenia osobowości, np. u pacjentów z osobowością typu borderline. Osoby cierpiące na te zaburzenie przeżywają silny lęk przed możliwym odrzuceniem i złym potraktowaniem przez innych. Równocześnie przejawiają tendencję do angażowania się w niestabilne związki z przypadkowymi i chwiejnymi emocjonalnie osobami. Przeżycie zawodu, który często ich spotyka w takich sytuacjach, daje uzasadnienie wcześniej istniejącego przekonania, że inni ludzie są wrocy i angażowanie się w relacje z nimi skończy się złym potraktowaniem. W tej grupie pacjentów potwierdzenie w życiu społecznym własnych przekonań i uczuć może przynieść poczucie ulgi i zrozumiałości świata – nie ma nierealistycznych przekonań / nie odczuwam nieadekwatnych do rzeczywistości emocji, gdyż sytuacja zewnętrzna uzasadnia przekonania i uczucia.

Teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów postuluje, że doświadczana w dzieciństwie przemoc lub poważne zaniedbanie prowadzą do rozwoju schematów z domeny rozłączenie/odrzucenie, zwłaszcza schematu nieufność/skrzywdzenie. Schematy z tej domeny prezentują negatywistyczną wizję relacji z bliskimi osobami. W szczególności dotyczą oczekiwanego braku zaspokojenia potrzeb emocjonalnych i doświadczenia krzywdy ze strony najbliższych (Young i in., 2014). Wystąpienie nieadaptacyjnych przekonań nie jest jednak czynnikiem wystarczającym do przewidzenia zachowania jednostki, w tym ew. podwyższonego ryzyka rewiktymizacji. Należy uwzględnić również dominujący repertuar zachowania pacjentów, który pojawia się w odpowiedzi na aktywizowane przekonanie. Z tego powodu niezbędne jest uwzględnienie w hipotetycznym mechanizmie rewiktymizacji zarówno schematu poznawczego, jak również jednej z grup trybów schematów, tj. nieadaptacyjnych trybów radzenia sobie.

W analizowanym przypadku kluczowy wydaje się tryb podporządkowania się schematowi. Wysokie nasilenie tego trybu mogłoby wskazywać na tendencję do urzeczywistniania przekonań na temat siebie i świata w codziennym funkcjonowaniu. W wypadku schematu nieufność/skrzywdzenie i zaktywizowanego trybu podporządkowania się

schematowi można wystąpić angażowanie się w potencjalnie urazowe okoliczności, takie jak np. bliskie relacje z niestabilnymi emocjonalnie osobami, czy poprzez taką interpretację zdarzeń, która będzie potwierdzać ich negatywny wpływ na życie pacjenta.

Podsumowując, założono, że kluczowa dla wystąpienia rewiktymizacji będzie interakcja schematów zawierających w swojej treści oczekiwaną krzywdę ze strony bliskich osób (schemat nieufność/skrzywdzenia) wraz z trybem, który związany jest z dążeniem do potwierdzenia własnych sztywnych przekonań w relacjach z ludźmi (tryb podporządkowanie się schematowi). Podejrzewam, że w tej grupie może współwystępować również wysokie natężenie trybu unikania, jednak ma on mniejsze znaczenie dla zrozumienia istoty badanego zjawiska.

Przyjęto, że badanie powinno zostać przeprowadzone jedynie na kobietach, które w swojej biografii mają epizod bądź epizody wydarzeń potencjalnie traumatycznych w postaci przemocy ze strony bliskich. Wyodrębnienie grupy homogenicznej pod względem płci jest istotne z uwagi na wnioski wyciągnięte z wcześniejszych badań, w których wskazano, że długofalowe konsekwencje doświadczania przemocy w dzieciństwie mogą być odmienne u kobiet i mężczyzn (m.in. Tjaden, Thoennes, 2000). Posługując się językiem teorii EMS, prawdopodobnie w zależności od płci pacjenci mogą prezentować bardziej nasilone odmienne tryby przy podobnej konfiguracji wczesnych nieadaptacyjnych schematów. Z uwagi na brak możliwości stworzenia grup kobiet i mężczyzn o tej samej liczbie zdecydowano się na wybór badanych tylko jednej płci.

W celu wskazania na czynniki ryzyka i wyjaśnienie mechanizmu prowadzącego do rewiktymizacji wyodrębniono trzy grupy badawcze:

- 1 – kobiety, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie;
- 2 – kobiety, które doświadczyły przemocy w dorosłości;
- 3 – kobiety, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie i dorosłości.

Porównanie wyników pochodzących od osób z grupy I i grupy III, czyli o podobnych doświadczeniach w dzieciństwie, ale odmiennych w dorosłości, może wskazać istotne czynniki psychospołeczne, jakie wpływają na ryzyko rozwoju rewiktymizacji. Z kolei włączenie do porównań statystycznych osób z grupy II, czyli kobiet, które doświadczyły przemocy jedynie w dorosłości, umożliwia zmniejszenie ryzyka przypadkowości wyodrębnionych czynników ryzyka rewiktymizacji.

Ponadto dla realizacji celów prowadzonych badań dane przeanalizowano w czterech etapach:

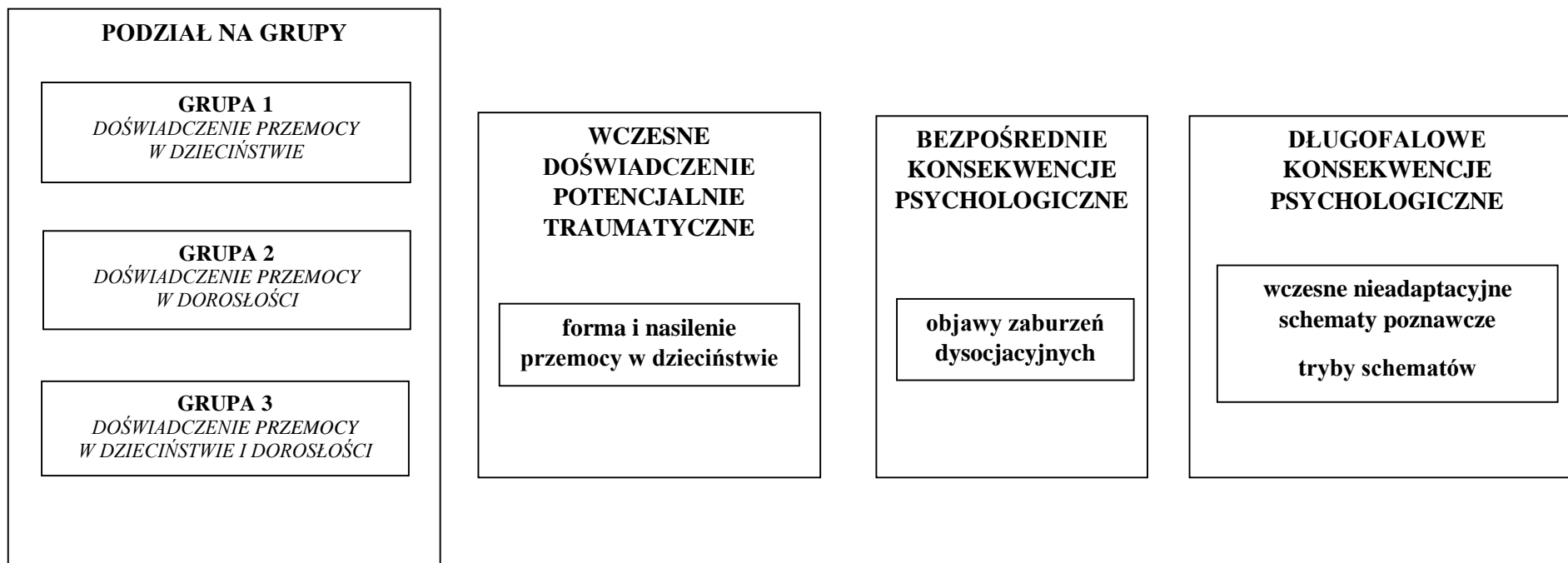
(1) w kroku pierwszym zweryfikowano, czy nasilenie bądź specyficzna forma doświadczanej przemocy w dzieciństwie stanowi czynnik ryzyka wystąpienia rewiktymizacji. Na tym etapie porównano dwie grupy kobiet: I (doświadczające przemocy w dzieciństwie) i III (doświadczające przemocy w dzieciństwie i dorosłości) (Rycina 2);

(2) w kroku drugim zbadano, czy bezpośrednia reakcja osobowości na doświadczone wydarzenie potencjalnie traumatyczne w postaci objawów zaburzeń dysocjacyjnych stanowi czynnik ryzyka wystąpienia rewiktymizacji. Na tym etapie porównano dwie grupy kobiet: I (doświadczające przemocy w dzieciństwie) i III (doświadczające przemocy w dzieciństwie i dorosłości) (Rycina 2);

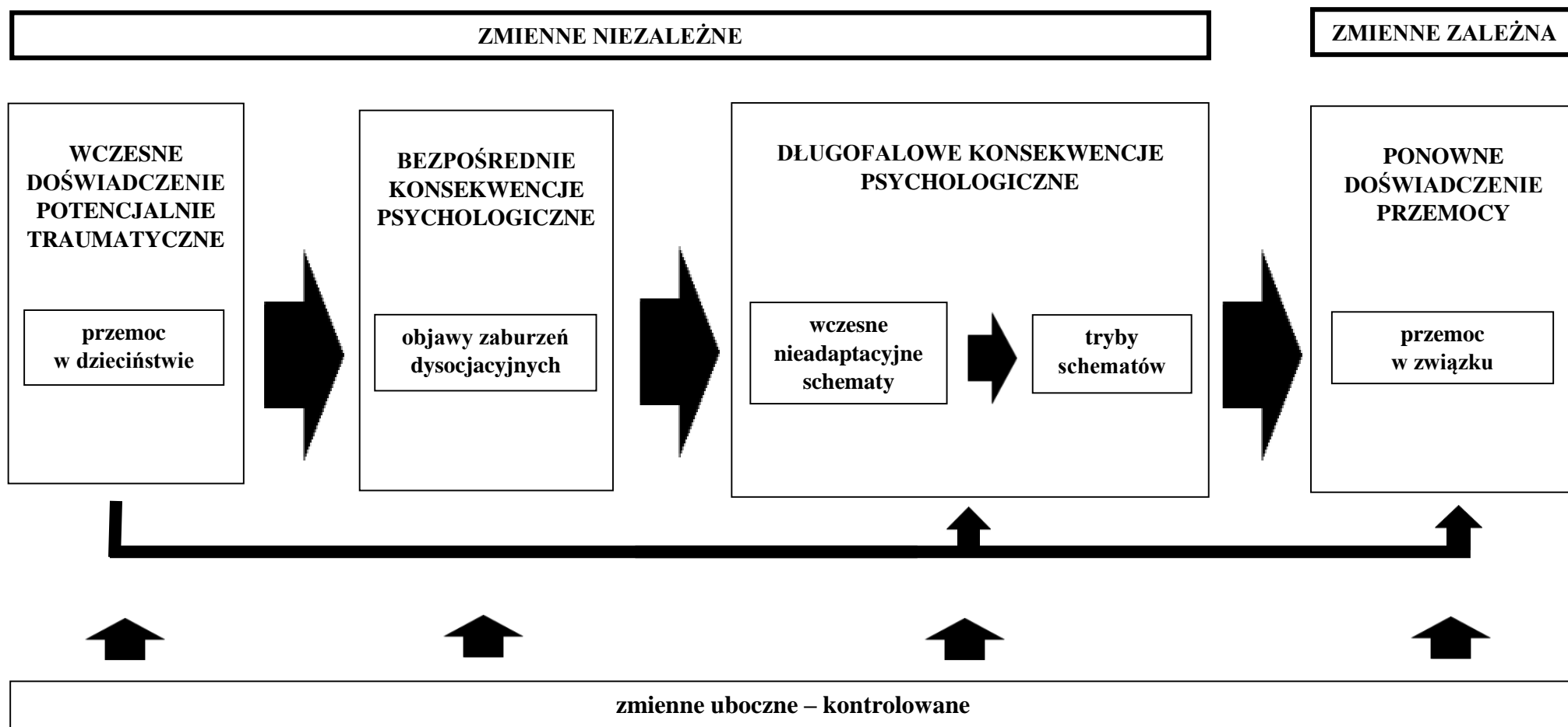
(3) w kroku trzecim sprawdzono, czy specyficzne wczesne nieadaptacyjne schematy i tryby stanowią czynniki ryzyka wystąpienia rewiktymizacji. Na tym etapie porównano trzy wyodrębnione grupy badawcze (Rycina 2);

(4) w kroku czwartym zweryfikowano hipotetyczny model zależności pomiędzy czynnikami psychospołecznymi opisujący mechanizm prowadzący do wystąpienia rewiktymizacji (Rycina 3).

Zrealizowanie etapu 1, 2 i 3 miało na celu wskazanie na psychospołeczne czynniki ryzyka wystąpienia rewiktymizacji. Z kolei, etap 4 miał wskazać na ile opracowany model wyjaśniający zależności pomiędzy zmiennymi wyjaśnia badane zjawisko.



Rycina 2. Schemat różnic pomiędzy badanymi grupami pod względem wczesnych doświadczeń potencjalnie traumatycznych, bezpośrednich i długofalowych następstw psychologicznych. Opracowanie własne



Rycina 3. Schemat zależności pomiędzy zmiennymi. Hipotetyczny psychospołeczny mechanizm prowadzący do wystąpienia rewiktymizacji



#### 4.1. Pytania badawcze

W oparciu o zaprojektowany model i dostępną wiedzę naukową na temat rewiktymizacji sformułowano następujące pytania badawcze (Tabela 8):

- 1. Czy kobiety, które doświadczyły rewiktymizacji (grupa 3) różnią się od kobiet, które doświadczyły przemocy jedynie w rodzinie pochodzenia (grupa 1) w zakresie formy i nasilenia doznanej przemocy w dzieciństwie?**

Postawiono hipotezę, że samo wystąpienie wydarzenia potencjalnie traumatycznego nie musi oznaczać pojawienia się urazu psychicznego. Wiedza kliniczna wskazuje, że wystąpienie traumy jest wypadkową wielu czynników, zarówno właściwości samego wydarzenia, okoliczności sytuacyjnych, jak i podmiotowych właściwości do poradzenia sobie z nim. Z tego powodu przyjęto, że forma i nasilenie przemocy nie muszą stanowić specyficznych czynników ryzyka wystąpienia rewiktymizacji.

Tak sformułowana hipoteza nawiązuje do wyników badań, które wskazują na subiektywne znaczenie wydarzeń uważanych za traumatyczne dla funkcjonowania psychiki człowieka (por. Berzenski, Yates, 2010; Edwards, 2013; Seedat, Stein, Forde, 2005). Ponadto brak różnic pomiędzy grupami w zakresie wczesnych doświadczeń przemocy kieruje uwagę na poszukiwanie czynników ryzyka w zakresie specyficznych cech psychologicznych osób badanych. Innymi słowy, brak różnic między grupami w zakresie formy i nasilenia przemocy w dzieciństwie mógłby sugerować, że wzrost ryzyka doświadczenia rewiktymizacji nie musi być związany tylko ze specyficznym doświadczeniem życiowym, lecz prawdopodobnie z pewnym procesem psychologicznego opracowania tego doświadczenia.

- 2. Czy występują różnice w zakresie objawów zaburzeń dysocjacyjnych pomiędzy kobietami, które doświadczyły rewiktymizacji (grupa 3) a tymi, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie (grupa 1)?**

Postawiono hipotezę, że osoby z grupy 3 będą różnić się istotnie od osób z grupy 1 pod względem następującej bezpośrednio po doświadczeniu potencjalnie traumatycznym reakcji osobowości. Reakcja ta będzie polegać na wystąpieniu symptomów zaburzeń dysocjacyjnych. Pojawienie się w następstwie trudnego wydarzenia nieistniejących wcześniej symptomów będzie świadczyć o sile urazowego charakteru danego doświadczenia. W przypadku badanych grup przypuszczam, że grupa pacjentek, które doświadczyły rewiktymizacji będzie prezentować istotnie wyższe natężenie tego typu objawów.

Różnica międzygrupowa stanowiłoby jeden z czynników wyjaśniających, dlaczego osoby badane, pomimo podobieństwa wczesnych trudnych wydarzeń, doświadczyły odmiennych następstw długofalowych. Identyfikacja takiego czynnika ryzyka miałaby znaczenie zarówno teoretyczne, tj. wskazałaby na ważny czynnik mechanizmu rewiktymizacji, jak i praktyczne – wskazałaby na czynnik ryzyka rewiktymizacji diagnozowalny w krótkim czasie po zajściu sytuacji potencjalnie traumatycznej.

### **3. Czy występują różnice pomiędzy osobami badanymi z grupy 1, 2 i 3 pod względem nasilenia wczesnych nieadaptacyjnych schematów i trybów?**

Odpowiedź na to ogólne pytanie badawcze dostarczy informacji, czy i jakie wczesne nieadaptacyjne schematy i tryby stanowią czynniki ryzyka wystąpienia rewiktymizacji. W celu odpowiedzi na tak postawione pytanie opracowano dwa szczegółowe pytania badawcze.

#### **3.1. Czy pomiędzy osobami badanymi z grupy 1, 2 i 3 występują różnice w natężeniu wczesnych nieadaptacyjnych schematów?**

Postawiono hipotezę, że osoby badane z grupy 3 będą istotnie różnić się od osób z grup 1 i 2 pod względem nasilenia schematów z domeny rozłączenie/odrzućenie. Young (1994) zakładał, że schematy z grupy rozłączenie i odrzućenie mogą stanowić istotną część mechanizmu powtarzania wydarzeń traumatycznych wśród osób, które doznały przemocy w rodzinie. Hipoteza ta została potwierdzona w badaniach na populacjach ogólnych (por. Atmaca, Gençöz, 2016; Gay i in., 2013; Wright i in., 2009). Jednak zgodnie z zaleceniami autorów należy powtórzyć te badania na populacjach specyficznych. Zakładano, że osoby z grupy 3 będą prezentować bardziej nasilone schematy z domeny rozłączenie i odrzućenie, zwłaszcza schemat nieufność/skrzywdzenie. Poza tym obserwowany sposób funkcjonowania osób wielokrotnie doświadczających przemocy, oparty na dużej zależności od sprawcy, sugeruje możliwość wystąpienia podwyższonych wyników w zakresie schematów zależność/niekompetencja (domena osłabiona autonomia i brak dokonań) i samopoświęcenie (domena nakierowanie na innych). Takie różnice schematów u osób doświadczających przemocy w rodzinie sugerują wyniki badań podobnego typu (por. Wright i in., 2009). Potwierdzenie tych założeń stanowiłoby ważny krok w identyfikacji cech psychologicznych stanowiących czynniki ryzyka doświadczenia rewiktymizacji.

### **3.2. Czy pomiędzy osobami badanymi z grupy 1, 2 i 3 występują różnice w natężeniu nieadaptacyjnych trybów radzenia sobie?**

Postawiono hipotezę, że osoby badane z grupy 3 będą istotnie różnić się od osób z grup 1 i 2 pod względem nasilenia nieadaptacyjnych trybów radzenia sobie. W teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów poznawczych (EMS) (Young, 1994) tryb schematu występuje, jako funkcjonalna część osobowości, która stanowi o formie ekspresji posiadanych schematów. Podejrzewa się, że skłonność do aktywowania w sytuacji stresu trybów, które związane są z dążeniem do potwierdzania własnych przekonań o sobie i świecie oraz z zaprzeczeniem przeżywanych stanów emocjonalnych, może znacząco zwiększać ryzyko wystąpienia rewiktymizacji. Posiłkując się wiedzą teoretyczną (Arntz, van Genderen, 2009), uznano, że wśród osób doświadczających zjawiska rewiktymizacji będzie występowało wyższe niż w innych grupach natężenie specyficznej grupy trybów, tj. nieadaptacyjnych trybów radzenia, w szczególności: odłączony obrońca i uległy poddany (związanych z potwierdzaniem schematu, a także jego unikaniem). Potwierdzenie tych założeń pozwoliłoby na identyfikację funkcjonalnych właściwości osobowości stanowiących czynniki ryzyka doświadczenia rewiktymizacji.

### **4. Jaka jest rola przemocy w dzieciństwie, dysocjacji, schematów i trybów w występowaniu zjawiska rewiktymizacji?**

Odpowiedź na te ogólne pytanie badawcze dostarczy informacji na temat mechanizmu prowadzącego do występowania rewiktymizacji wśród kobiet doznających przemocy w rodzinie. W oparciu o założenia teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów i dostępną wiedzę naukową opracowano hipotetyczny model opisujący psychospołeczny mechanizm odpowiedzialny za powstawanie tego zjawiska (Rycina 3).

Przypuszcza się, że przemoc w dzieciństwie w grupie kobiet doświadczających rewiktymizacji może mieć dwojakie konsekwencje. Z jednej strony tego typu doświadczenia mogą bezpośrednio zapisywać się w osobowości w postaci wczesnych nieadaptacyjnych schematów, m.in. z domeny rozłączenie/odrzućenie (w szczególności schematu nieufność/skrzywdzenie) (Young i in., 2014). Z drugiej, w przypadku gdy doszło do wystąpienia urazu psychicznego w konsekwencji doznanej przemocy w dzieciństwie, mogło się to objawić wystąpieniem symptomów zaburzeń dysocjacyjnych, szczególnie takich jak depersonalizacja, derealizacja, jak również intruzje. Podejrzewa się, że zaburzenia

dysocjacyjne, poprzez utrudnienia w poznawczym i emocjonalnym opracowywaniu nowych doświadczeń mogą brać udział w usztywnieniu zapisanych w schematach przekonań. W takiej sytuacji doświadczenia, które mogłyby zmienić treść posiadanych schematów poznawczych mogą być pomijane, bądź marginalizowane w ogólnej puli doświadczeń pacjenta (m.in. Acierno i in., 1999; Chu, 1992; Kluft, 1989). W wypadku, gdy schematy poznawcze pacjenta wystarczająco się nasila, jak również nastąpi ich usztywnienie, pacjent w niejasnej interpretacyjnie sytuacji życiowej może być skłonny do rozumienia jej zgodnie z treścią korespondujących z sytuacją schematów lub – w drugim scenariuszu – może podejmować takie decyzje życiowe, które finalnie potwierdzą posiadane wcześniej przekonania. Z tego powodu przypuszcza się, że nasilenie schematów z domen rozłączenie/odrzućenie będzie w badanej grupie związany z nasileniem trybu podporządkowania się schematowi. Tryb ten, z kolei, finalnie będzie jednym z głównych czynników odpowiedzialnych za ponowne doświadczenie przemocy (Arntz, van Genderen, 2009).

W kolejnych krokach zostaną zweryfikowane związki pomiędzy badanymi zmiennymi, zarówno w postaci analizy korelacji, jak również za pomocą analizy ścieżek metodą równań strukturalnych.

#### **4.1. Czy w grupie kobiet, które doznały rewiktymizacji (grupa 3) występują związki pomiędzy: przemocą w dzieciństwie, przemocą w dorosłości, objawami zaburzeń dysocjacyjnych, wczesnymi nieadaptacyjnymi schematami i trybami?**

Analiza związków, jakie zachodzą pomiędzy doznawaniem przemocy w dzieciństwie, przemocą w dorosłości, objawami zaburzeń dysocjacyjnych, wczesnymi nieadaptacyjnymi schematami i trybami stanowi pierwszy krok w weryfikacji hipotetycznego modelu zależności pomiędzy zmiennymi (Rycina 3). Podejrzewa się, że może nie istnieć bezpośredni związek pomiędzy przemocą w dzieciństwie a tą doznaną w dorosłości. Związek ten może występować poprzez szereg czynników pośrednich. Na podstawie analizy dostępnej wiedzy oczekuje się, że związki powinny wystąpić pomiędzy następującymi parami zmiennych:

- przemoc w dzieciństwie – objawy zaburzeń dysocjacyjnych,
- przemoc w dzieciństwie – schematy z domeny rozłączenie/odrzućenie,
- objawy zaburzeń dysocjacyjnych – schematy z domeny rozłączenie/odrzućenie,
- schematy z domeny rozłączenie/odrzućenie – tryby unikania schematu,
- tryby unikania schematu – przemoc w dorosłości.

Wystąpienie wymienionych związków będzie uprawomocniało prowadzenie dalszych analiz w celu weryfikacji wystąpienia związków przyczynowo skutkowych

#### **4.2. Czy w grupie kobiet, które doznały rewiktymizacji (grupa III) objawy zaburzeń dysocjacyjnych, wczesne nieadaptacyjne schematy i tryby pełnią rolę mediatorów pomiędzy przemocą w dzieciństwie i przemocą w dorosłości?**

W oparciu o założenia teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów i dostępną wiedzę naukową opracowano hipotetyczny model opisujący psychologiczny mechanizm rewiktymizacji (Rycina 3). Na tym etapie, za pomocą analizy ścieżek metodą równań strukturalnych zostanie zweryfikowana mediacyjna rola objawów zaburzeń dysocjacyjnych, wczesnych nieadaptacyjnych schematów, jak również trybów w związku pomiędzy przemocą w dzieciństwie a tą doznaną w dorosłości. Analizy zostaną przeprowadzone na poziomie ogólnym, tj. uwzględniając nasilenie domeny rozłączenie/odrzućenie i nieadaptacyjnych trybów radzenia sobie (w tym trybu podporządkowania i unikania schematu), jak również na poziomie szczegółowym, tj. z uwzględnieniem schematu nieufności/skrzywdzenie i trybu podporządkowania się schematowi.

**Tabela 8. Pytania badawcze i sposoby ich weryfikacji**

<b>1</b>	Czy kobiety, które doświadczyły rewiktymizacji (grupa 3) różnią się od kobiet, które doświadczyły przemocy jedynie w rodzinie pochodzenia (grupa 1) w zakresie formy i nasilenia doznanej przemocy w dzieciństwie?	testy różnic
<b>2</b>	Czy występują różnice w zakresie objawów zaburzeń dysocjacyjnych pomiędzy kobietami, które doświadczyły rewiktymizacji (grupa 3) a tymi, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie (grupa 1)?	testy różnic
<b>3</b>	Czy występują różnicę pomiędzy osobami badanymi z grupy 1, 2 i 3 pod względem nasilenia wczesnych nieadaptacyjnych schematów i trybów?	testy różnic
<b>4</b>	Jaka jest rola przemocy w dzieciństwie, dysocjacji, schematów i trybów w występowaniu zjawiska rewiktymizacji?	współczynniki korelacji analiza ścieżek

## **4.2. Charakterystyka zmiennych i narzędzi badawczych**

W niniejszym podrozdziale opisane zostały zmienne, które w wyniku analizy teoretycznej i wyników badań zostały uwzględnione w modelach badawczych (Rycina 2, Rycina 3). Ponadto przedstawiono krótką charakterystykę narzędzi badawczych, które zostały użyte do ich pomiaru.

### **4.2.1. Przemoc w związku**

Pomiar zmiennej *przemoc w związku* został przeprowadzony poprzez oszacowanie doświadczanej przemocy w relacji ze strony partnera/małżonka. Zachowania, o których tutaj mowa, będą rozpatrywane w dwóch kategoriach: (1) *agresja fizyczna*, (2) *agresja emocjonalna*. Jako agresję fizyczną uznaje się wszystkie działania prowadzące do uszczerbku na zdrowiu somatycznym. Za agresję emocjonalną natomiast uważa się zachowania, w których nie występuje kontakt fizyczny pomiędzy sprawcą i ofiarą, a które wykraczają poza społecznie akceptowane ramy zachowania i mają w intencjonalny sposób wywołać subiektywne poczucie zranienia. Zmienna zostanie zmierzona skalą taktyk w konflikcie (Conflict Tactics Scale-Revised; Straus i in., 1996). Kwestionariusz ten jest narzędziem samoopisowym i składa się z 39 pozycji, pogrupowanych w pięć podskal, do których należą: negocjacja, zranienie, psychologiczna agresja, fizyczna przemoc, zmuszenie do zachowań seksualnych. Na każde pytanie osoba badana odpowiada za pomocą dwóch wymiarów: częstości i dotkliwości doświadczonych sytuacji. Osoba badana ustosunkowuje się do twierdzeń za pomocą sześciostopniowej skali (0 – sytuacja nigdy nie miała miejsca, 5 – sytuacja zdarzała się codziennie). W badaniach walidacyjnych na grupie kobiet kwestionariusz ten zaprezentował satysfakcjonujące właściwości psychometryczne ( $\alpha=0,72-0,87$ ) (Straus, 2004). Podskale zranienie, fizyczna przemoc, zmuszenie do zachowań seksualnych zostaną użyte do pomiaru wymiaru agresja fizyczna, natomiast za pomocą podskali psychologiczna agresja oszacowana zostanie agresja emocjonalna.

### **4.2.2. Przemoc w dzieciństwie**

Pomiar zmiennej *niezależnej przemoc w dzieciństwie* został przeprowadzony retrospekcyjnie. Osoba badana została poproszona o przypomnienie sobie sytuacji przemocy w rodzinie do 12 roku życia. Celem pomiaru jest uchwycenie różnych doświadczeń o charakterze przemocy. Okres poprzedzający rozpoczęcie dojrzewania wydaje się kluczowy w podstawowym

uksztaltowaniu nieadaptacyjnych schematów, które mogą być wzmacniane, lub osłabiane przez kolejne doświadczenia życiowe. Osoba badana zostanie zapytana za pomocą kwestionariusza o to, jak często dane wydarzenie/zachowanie względem niej miało miejsce. Pomiar zmiennej nastąpi z użyciem kwestionariusza traumy dziecięcej (The Childhood Trauma Questionnaire; Bernstein, Fink, 1998). Narzędzie oryginalnie mierzy pięć rodzajów przemocy wobec dzieci (przemoc fizyczna, seksualna, fizyczne zaniedbanie, przemoc emocjonalna, emocjonalne zaniedbanie). Osoba badana ustosunkowuje się do twierdzeń za pomocą pięciostopniowej skali (1 – nigdy, 5 – bardzo często). Narzędzie prezentuje satysfakcjonujące parametry psychometryczne w zakresie rzetelności ( $\alpha=0,79-0,96$ ) (Bernstein, Fink, 1998).

#### **4.2.3. Bezpośrednie i długofalowe konsekwencje psychologiczne przemocy**

W badaniu uwzględniono dwie grupy zmiennych dotyczących charakterystyki psychologicznej osoby badanej. Z jednej strony są to *objawy zaburzeń dysocjacyjnych* – zmienna dotycząca bezpośredniej reakcji osobowości na doświadczenie wydarzenia potencjalnie traumatycznego. Z drugiej – *wczesne nieadaptacyjne tryby i schematy* – względnie stabilnie w czasie, aktualnie występujące opisowe i funkcjonalne aspekty osobowości osoby badanej.

##### **(A) objawy zaburzeń dysocjacyjnych**

Pomiar natężenia objawów zaburzeń dysocjacyjnych, które wystąpiły bezpośrednio po doznanej przemocy pozwoli określić stopień destabilizacji osobowości, tj. głębokość urazu wywołanego przez dane doświadczenie. Przyjęto, że jest to czynnik, który skuteczniej niż charakterystyka trudnego doświadczenia umożliwia prognozę poważnych zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym, w tym rozwoju nieadaptacyjnych schematów i ich trybów. Pomiar został przeprowadzony za pomocą skali doświadczeń dysocjacyjnych (Dissociative Experiences Scale – II; Bernstein, Putnam, 1986) w tłumaczeniu własnym, w wersji zaktualizowanej (Carlson, Putnam, 1993). Kwestionariusz składa się 28 twierdzeń opisujących aspekty różnych fenomenów dysocjacyjnych (nasilone objawy dysocjacyjne, depersonalizację i derealizację, jak również rzadko spotykane objawy dysocjacyjne). W prowadzonym badaniu zostanie użyta zarówno skala wyników sumarycznych, jak i skale szczegółowe wyróżnione ze względu na natężenie objawów: (1) powszechnie akceptowane objawy dysocjacyjne (symptomy łagodne), np. niepamięć codziennych czynności, (2) objawy dysocjacyjne stwierdzone na poziomie umiarkowanym (symptomy nasilone), np. depersonalizację/derealizację, (3) rzadko spotykane objawy dysocjacyjne (symptomy

nasilone), np. zaburzenia tożsamości. Osoba badana ustosunkowuje się do twierdzeń na dziesięciostopniowej skali: od „nigdy” (nie doświadcza danego symptomu) do „zawsze” (doświadcza danego symptomu). W badaniach walidacyjnych narzędzie w oryginalnej wersji prezentowało satysfakcjonujące parametry psychometryczne ( $\alpha=0,95$ ), (Frischholz i in., 1990).

### **(B) wczesne nieadaptacyjne schematy**

W opisywanym badaniu pomiar *wczesnych nieadaptacyjnych schematów* zostanie przeprowadzony za pomocą kwestionariusza schematów Younga (Young Schema Questionnaire – YSQ; Young, Brown, 1994). Osoba badana odpowiada na 90 twierdzeń za pomocą sześciostopniowej skali od 1 – twierdzenie zupełnie nie pasujące do mnie, do 6 – twierdzenie doskonale opisujące mnie. Każde twierdzenie należy do jednej z osiemnastu grup reprezentujących wszystkie wyróżnione przez autorów schematy poznawcze. Występujące schematy są rozpatrywane zarówno na poziomie szczegółowym, tj. nasilenia konkretnego przekonania, jak i na poziomie ogólnym, jak czynnik składowy ogólnej kategorii przekonań (domen). Narzędzie wydaje się rzetelne na akceptowalnym poziomie ( $\alpha=0,83-0,96$ ) (Schmidt i in., 1995).

### **(C) tryb schematu**

Pomiaru *trybów* został przeprowadzony za pomocą inwentarza do pomiaru trybów schematów (The schema mode inventory; Young i in., 2007). Narzędzie składa się z 128 twierdzeń, za pomocą których szacuje się poziom dominujących trybu schematów. Osoba badana ustosunkowuje się do każdego twierdzenia, używając sześciopunktowej skali (od *twierdzenie całkowicie nieprawdziwe* do *twierdzenie opisuje mnie znakomicie*). Kwestionariusz umożliwia otrzymanie wyników dla pięciu kategorii trybów: tryb dziecka, tryb rodzica, tryb dorosłego oraz tryb unikania i nadmiernej kompensacji. Z uwagi na prowadzone badanie szczególna uwaga zostanie poświęcona następującym trybom: (1) tryb unikania (w tym: postawa uległa i poddańcza, postawa obojętna, postawa odosobnienia), (2) tryb nadmiernej kompensacji. Kwestionariusz prezentuje zadowalający poziom rzetelności ( $\alpha=0,79-0,96$ ) (Lobbestael i in., 2010).



#### 4.2.4. Zmienne uboczne kontrolowane

Badanie przewiduje pomiar następujących zmiennych ubocznych kontrolowanych niezbędnych w realizacji celów badawczych: płeć, wiek, stan cywilny/ rodzaj związku, sytuacja materialna, średni dochód, ilość i wiek posiadanych dzieci, wiek wczesnego doznania przemocy, okoliczności doznania przemocy w ostatnim związku, ilość wcześniejszych wiktymizacji, pytania o podjęte działania instytucjonalne w sytuacji doznawania przemocy. W tabeli 9 uwzględniono zestawienie zmiennych i narzędzi badawczych.

Tabela 9. Zmienne i narzędzia badawcze

Zmienna	Wskaźnik	Narzędzie
<b>przemoc w związku</b>	nasilenie doświadczonej przemocy w związku	Revised Conflict Tactics Scales – CTS2-R (Straus i in., 1996)
<b>przemoc w dzieciństwie</b>	nasilenie doświadczonej przemocy w dzieciństwie	kwestionariusz traumy dziecięcej (The Childhood Trauma Questionnaire) (Bernstein, Fink, 1998)
<b>objawy zaburzeń dysocjacyjnych</b>	nasilenie symptomów zaburzeń dysocjacyjnych	skala doświadczeń dysocjacyjnych (Dissociative Experiences Scale – II; Bernstein, Putnam, 1986)
<b>wczesne nieadaptacyjne schematy poznawcze</b>	nasilenie wczesnych schematów poznawczych	kwestionariusz schematów Younga (Young Schema Questionnaire –YSQ) (Young, Brown, 1994)
<b>tryby schematów</b>	dominujący tryb	inwentarz do pomiaru trybów schematów (The schema mode inventory – SMI) (Young i in., 2007)
<b>zmienne uboczne kontrolowane</b>	dane demograficzne, historia wcześniejszej przemocy, pobyty w ośrodkach, średni dochód itp.	kwestionariusz osobowy skonstruowany na potrzeby badania.

### 4.3. Grupa badawcza

Dla zrealizowania celów badania zebrano grupę osób, która mogła w trakcie życia doświadczyć wydarzeń potencjalnie traumatycznych w postaci przemocy interpersonalnej. Żeby uniknąć nadmiernego zróżnicowania badanej grupy, zdecydowano się zaprosić do badania dorosłe kobiety, które doświadczyły przemocy ze strony partnera lub opiekuna w rodzinie pochodzenia. Wyodrębnienie grupy homogenicznej pod względem płci jest istotne z uwagi na wnioski wyciągnięte z wcześniejszych badań, w których wykazano, że długofalowe psychologiczne konsekwencje doświadczania przemocy w dzieciństwie mogą być odmienne u kobiet i u mężczyzn (m.in. Tjaden, Thoennes, 2000). Z uwagi na ten fakt zdecydowano, że badanie zostanie przeprowadzone tylko na osobach jednej płci. Wzięto pod uwagę kobiety, ponieważ znacznie częściej niż mężczyźni zwracają się one po pomoc instytucjonalną, co umożliwiło stworzenie odpowiednio licznej grupy badawczej.

Z uwagi na taką charakterystykę potencjalnych chętnych do badań poszukiwano w placówkach wspierających osoby, które doświadczyły przemocy w rodzinie. W Polsce osoby z tego typu doświadczeniami mogą szukać pomocy w wielu zróżnicowanych instytucjach oferujących wsparcie psychologiczne i psychoterapię, m.in. w poradniach zdrowia psychicznego, centrach interwencji kryzysowej, poradniach leczenia uzależnień i współuzależnienia oraz w organizacjach pozarządowych.

Plan badania przewidywał przeprowadzenie porównań na kobietach ze zróżnicowanym umiejscowieniem w swojej biografii wydarzeń potencjalnie traumatycznych (por. Rycina 4). Planowane pomiary międzygrupowe prowadzą do wyłonienia się trzech podgrup osób badanych:

**Grupa 1** – kobiety mające w biografii jedynie epizod wiktymizacji w rodzinie pochodzenia, bez powtórnej wiktymizacji w wieku dorosłym.

**Grupa 2** – kobiety niemające w biografii epizodu wiktymizacji w rodzinie pochodzenia, lecz doświadczające jej w wieku dorosłym.

**Grupa 3** – kobiety mające w biografii epizod wiktymizacji zarówno w rodzinie pochodzenia, jak i w życiu dorosłym.

<div> <div>wystąpienie wiktymizacji w dorosłości</div> <div>wystąpienie wiktymizacji w dzieciństwie</div> </div>	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>
<b>NIE</b>		<b>Grupa 2</b> osoby, które przeżyły epizod wiktymizacji w dorosłości
<b>TAK</b>	<b>Grupa 1</b> osoby, które przeżyły epizod wiktymizacji w dzieciństwie	<b>Grupa 3</b> osoby doświadczające wielokrotnych wiktymizacji

Rycina 4. Podział na podgrupy badawcze

Charakter postawionych hipotez wymagał zebrania około 50 osób z każdej grupy dla skutecznego przeprowadzenia analizy różnic) i około 120 osób dla analiz związków. Estymację liczebności grup przeprowadzono programem *G\*Power*.

Ostatecznie do rekrutacji osób badanych włączono cztery placówki zajmujące się pomocą kobietom doznającym przemocy w rodzinie i dwie placówki leczenia odwykowego, oferujące pomoc psychologiczną osobom współzależnym oraz dorastających w rodzinach dysfunkcyjnych. Ośrodki mieściły się na terenie województw: wielkopolskiego, dolnośląskiego, opolskiego i śląskiego. Pomiaru dokonali: kierownik projektu lub osoba wyszkolona do prowadzenia badań naukowych i mająca przynajmniej dwuletnie doświadczenie w pracy z osobami doświadczającymi przemocy. Do badania zostały zaproszone osoby pozostające w kontakcie konsultacyjnym z psychologiem i w ocenie specjalisty niebędące w stanie ostrym kryzysu psychologicznego. Wymienione kryteria miały na celu zmniejszenie szansy zakwalifikowania do badania osoby, która w niedługim czasie poprzedzającym pomiar zgłosiła się do placówki po pomoc. Podejrzewano, że udział w badaniu w takim momencie może przyczynić się do intensyfikacji doświadczania przykrych stanów emocjonalnych. Podjęto także wysiłki zmierzające do objęcia wsparciem i specjalistyczną opieką osoby, które

w wyniku udziału w badaniu mogłyby doświadczyć nagłego pogorszenia stanu emocjonalnego. W tym celu opracowano procedurę pomocy na terenie placówki i zorganizowano zespół interwencyjny.

Prowadzone badanie miało charakter kwestionariuszowy - papier-ołówek i trwało około 70 minut. Udział w badaniu był dobrowolny, co zagwarantowano poprzez odpowiednią procedurę, która pozwoliła oddzielić badanie od pomocy oferowanej w ramach działalności danej placówki. Wypełnienie ankiety było gratyfikowane bonem podarunkowym.

**Opis badanej grupy.** W badaniu wzięło udział 255 kobiet. Wstępna analiza wyników ujawniła przypadki braków danych w udzielanych odpowiedziach na poziomie powyżej 5%, co wykluczyło wyniki tych osób z dalszych analiz. Ostatecznie poddano analizom wyniki 238 osób. Osoby badane rekrutowano w dwóch rodzajach instytucji, tj. stacjonarnych i ambulatoryjnych placówkach oferujących pomoc socjalną i psychologiczną ofiarom przemocy w rodzinie, jak również w poradniach leczenia uzależnień i współuzależnień. Merytorycznym kryterium podstawowym włączenia osoby do badania było deklarowane wystąpienie przemocy ze strony bliskich w ciągu życia, tj. do okresu dorastania ze strony opiekuna z rodziny pochodzenia; w dorosłości po 18. roku życia – ze strony partnera. Średni wiek metrykalny osób badanych wyniósł 36 lat (Tabela 10).

**Tabela 10. Charakterystyka grupy badanej, wiek (N=238)**

Zmienna	<i>M</i>	Zakres	<i>SD</i>
<b>wiek</b>			
metrykalny	35,72	18–65	11,02
wystąpienia przemocy w dzieciństwie	8,11	4–11	4,33
wystąpienia przemocy w dorosłości	24,64	18–35	4,99

Deklarowany moment doznania przemocy to średnio 8. rok życia, a doznania przemocy partnerskiej – 24. rok życia. Niecałe 26% osób badanych deklaroowało wykształcenie wyższe, 28,2% średnie, 18,9% zawodowe, a 22,7% podstawowe. Większość osób badanych (48,3%) w momencie wypełniania kwestionariusza była aktywna zawodowo. Drugą najliczniejszą grupę stanowiły osoby bez stałego zajęcia (28,9%), a trzecią – osoby zajmujące się domem (11,4%) (Tabela 11).

**Tabela 11. Charakterystyka grupy badanej, wykształcenie i sytuacja zawodowa (N=238)**

<b>wykształcenie</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
wyższe	23,95	57
średnie	26,05	62
zawodowe	18,91	45
podstawowe	22,69	54
brak danych	8,40	20
<b>sytuacja zawodowa</b>		
płatna praca	42,02	100
gospodyni domowa	10,08	24
studentka	3,36	8
emerytura	2,94	7
renta	3,36	8
bezrobocie	25,63	61
inne	7,56	18
brak danych	5,04	12

W kolejnym kroku analiz osoby badane zostały podzielone na trzy grupy ze względu na doświadczenia życiowe związane z doświadczaniem przemocy:

- (1) osoby, które doświadczyły jedynie przemocy w dzieciństwie,
- (2) osoby, które doświadczyły przemocy w dorosłości,
- (3) osoby, które doświadczyły przemocy zarówno w dzieciństwie, jak i w dorosłości.

Kryteriami włączenia do podgrupy były wyniki w dwóch kwestionariuszach, tj. w kwestionariuszu traumy dziecięcej (The Childhood Trauma Questionnaire – CTQ; Bernstein, Fink, 1998) oraz w skali taktyk w konflikcie (Conflict Tactics Scale-Revised – CTS; Straus i in., 1996). Pierwszy z nich mierzył deklarowaną przemoc w rodzinie pochodzenia, natomiast drugi – przemoc w relacjach nawiązywanych w życiu dorosłym. Decyzję o uznaniu, że osoba badana doznawała przemocy w rodzinie podejmowano na podstawie sumarycznego wyniku w kwestionariuszu CTQ, który uwzględniał podskale: przemoc emocjonalna, fizyczna, seksualna, zaniedbanie emocjonalne i zaniedbanie fizyczne. Autorzy kwestionariusza uznają, że osiągnięcie wyniku w zakresie 5–7/9 punktów w danej skali oznacza, iż istnieje brak / niskie ryzyko wystąpienia przemocy.

Uznano, że decyzja o wystąpieniu przemocy zostanie podjęta, gdy wynik w przynajmniej jednej podskali będzie wyższy niż założony przez autorów zakres, tj. po uzyskaniu około 10% ze wszystkich możliwych punktów (max. 72 punkty).

Z kolei decyzja o uznaniu wystąpienia przemocy w dorosłej relacji partnerskiej była uzależniona od sumarycznego wyniku w kwestionariuszu CTS w ramach podskal dotyczących doznawania przemocy przez osobę badaną (podskale: agresja emocjonalna, agresja fizyczna, agresja seksualna, uszkodzenie ciała). Uznano, że uzyskanie więcej niż 19 punktów na 195 możliwych będzie oznaczało wysokie prawdopodobieństwo przemocy w dorosłej relacji. Autorzy CTS nie rozstrzygają, jaki wynik w tym narzędziu pozwala na postawienie takiej diagnozy. Z tego powodu, podobnie jak w przypadku CTQ, zdecydowano się, że uzyskanie więcej niż 10% możliwych punktów będzie oznaczać wystąpienie przemocy.

**Statystyki opisowe wyłonionych grup.** W wyniku podziału uzyskano trzy nierównoliczne grupy (Tabela 12): grupa I – osoby, które doświadczyły przemocy wyłącznie w rodzinie pochodzenia ( $N=49$ ); grupa II – osoby, które doświadczyły przemocy wyłącznie w relacji partnerskiej ( $N=57$ ); grupa III – osoby, które doświadczyły przemocy zarówno w rodzinie pochodzenia, jak i w relacji partnerskiej ( $N=132$ ). Nie zaobserwowano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy grupami w zakresie średniego wieku osób badanych ( $F=2,468$ ;  $p=0,06$ ). Nie odnotowano także różnic w zakresie wykształcenia osób badanych ( $\chi^2=7,43$ ;  $p=0,49$ ). Różnice zaobserwowano natomiast w sytuacji zawodowej osób badanych w momencie badania ( $\chi^2=21,31$ ;  $p=0,02$ ). W grupie III znacznie więcej było osób mających w momencie badania płatną pracę oraz gospodyń domowych i osób bezrobotnych.

**Tabela 12. Charakterystyka badanej próby; porównania w zakresie zmiennych demograficznych**

<b>Zmienna</b>	<b>Okres doświadczenia przemocy</b>			<b>Statystyka testu</b>	<b>Istotność</b>
	dzieciństwo (grupa I)	dorosłość (grupa II)	dzieciństwo i dorosłość (grupa III)		
liczebność	49	57	132		
wiek ( <i>M</i> )	36,90 (11,10)	38,23 (12,11)	34,62 (10,30)	$F=2,468$	$p=0,06$
<b>wykształcenie</b>					
wyższe	9 (18,4%)	20 (35,1%)	28 (21,2%)	$\chi^2=7,43$	$p=0,49$
średnie	12 (24,5%)	13 (22,8%)	37 (28,0%)		
zawodowe	7 (14,3%)	11 (19,3%)	27 (20,5%)		
podstawowe	5 (10,2%)	13 (22,8%)	36 (27,3%)		
brak danych	16 (32,7)	-	4 (3%)		
<b>sytuacja zawodowa</b>					
płatna praca	21 (42,9%)	29 (50,9%)	50 (37,9%)	$\chi^2=21,31$	$p=0,02$
gospodyni domowa	2 (4,1%)	3 (5,3%)	19 (14,4%)		
studentka	2 (4,1%)	1 (1,8%)	5 (3,8%)		
emerytura	1 (2%)	5 (8,8%)	1 (0,8%)		
renta	-	2 (3,5%)	6 (4,5%)		
bezrobocie	5 (10,2%)	15 (26,3%)	41 (31,1%)		
inne	18 (36,7)	-	-		
brak danych	-	2 (3,5%)	10 (7,6%)		

#### 4.4. Dylematy etyczne

Opisywany projekt wpisuje się w obszar badań nad psychologicznymi konsekwencjami potencjalnie traumatycznych wydarzeń w życiu człowieka. W ramach procedury badawczej dorosła osoba badana została zapytana m.in. o wydarzenia związane z doznawaniem przemocy w rodzinie pochodzenia oraz w ostatnim związku. Przypuszczałem, że udział w badaniu może wywołać wspomnienia przykrych doświadczeń z własnego życia. Tego typu pytania stwarzają ryzyko zaburzenia komfortu psychicznego u osoby z historią doświadczania przemocy. Dlatego też prezentowane badanie wymagało przeanalizowania różnych kwestii o charakterze etycznym i podjęcia wysiłków zmierzających do zminimalizowania potencjalnej szkody, w tym m.in. przeżycia przykrych stanów emocjonalnych przez uczestniczki badań.

Po otrzymaniu informacji zwrotnej od Komisji Etyki ds. Projektów Badawczych Wydziału Psychologii i Kognitywistyki UAM w Poznaniu, uznałem, że następujące zagadnienia wymagają szczególnej uwagi, w tym regulacji uwzględnionej w procedurze badawczej:

- (1) W jaki sposób dobrać grupę badawczą, żeby nie narazić uczestniczek badania na nadmierny dyskomfort?
- (2) Jakie warunki należy zapewnić, żeby osoba zapraszana do badania mogła podjąć świadomą decyzję o udziale w projekcie?
- (3) Jak przeprowadzić planowane badanie, żeby zminimalizować ryzyko pojawienia się potencjalnie negatywnych konsekwencji wynikających z udziału w nim?
- (4) Jak przygotować osoby prowadzące badanie do wykonywanej roli, żeby zmniejszyć ryzyko negatywnego wpływu badacza na osoby badane?
- (5) W jakiej formie przeprowadzić badanie, żeby nie stanowiło ono nadmiernego obciążenia dla osób badanych?
- (6) Jak gratyfikować osoby badane za udział w projekcie, żeby przekazana wartość materialna nie stanowiła presji do udziału w badaniu?
- (7) Jak minimalizować negatywne skutki udziału w badaniu?

Wszystkie wymienione kwestie zostały przeanalizowane, a ich rozstrzygnięcia zatwierdzone przez Komisję Etyki ds. Projektów Badawczych Wydziału Psychologii i Kognitywistyki UAM w Poznaniu. Z uwagi na to, że kompletna dokumentacja dotycząca kwestii natury etycznej realizowanego projektu zawiera 75 stron, w załączniku do niniejszej rozprawy uwzględniono jedynie procedurę rekrutacji osób badanych i procedurę przeprowadzenia badania właściwego.



## Rozdział 5. Wyniki badań własnych

W niniejszym rozdziale zawarto opis przeprowadzonych analiz statystycznych. W pierwszej części przedstawiono statystyki opisowe w formie zbiorczej dla wszystkich badanych kobiet, parametry użytych metod, jak również wyniki porównań międzygrupowych dotyczących zmiennych demograficznych. W drugiej części rozdziału zawarto wyniki analiz w porządku stawianych hipotez, tj. od hipotez o różnicach międzygrupowych, po te dotyczące związków między badanymi czynnikami.

### 5.1. Statystyki opisowe

**Statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod.** W kolejnym kroku analiz określone zostały statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod. W tym punkcie oszacowałem również rzetelność poszczególnych narzędzi badawczych oraz podskal za pomocą wskaźnika  $\alpha$ -Cronbacha. Za satysfakcjonującą dla prowadzenia dalszych analiz uznano wartość tego wskaźnika na poziomie wyższym niż 0,65 (Tabela 13, Tabela 14, Tabela 15). Z tego względu wyłączono z dalszych analiz schemat krytycyzm/bezwzględna surowość. Analiza skośności i kurtyczności rozkładów badanych zmiennych ujawniła, że rozkłady większości z nich znacząco odbiegają od rozkładu normalnego. Jedynie dystrybucja poniższych zmiennych przypominała rozkład normalny:

- w zakresie schematów: domena rozłączenie-odrzuć, domena nakierowanie na innych, domena czujność i zahamowanie, schemat deprywacja emocjonalna, porzucenie, kruchość-wrażliwość, bezlitosne normy, samokontrola-samodyscyplina, poszukiwanie aprobaty, pesymizm, skłonność do wymierzania kar;
- w zakresie trybów: dziecko nieposłuszne, postawa uległa i poddańcza, postawa odosobnienia, tryb wyższościowy.

**Tabela 13. Statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące przemocy oraz symptomów zaburzeń dysocjacyjnych (N=238)**

<b>Zmienna</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b>Skośność</b>	<b>Kurtoza</b>	<b><math>\alpha</math>-Cronbacha</b>	<b><i>K-S</i></b>	<b><i>p</i></b>
<b>przemoc w dzieciństwie – ogólne nasilenie</b>	0	92	29,87	20,14	0,59	-0,18	0,90	0,09	0,04
przemoc emocjonalna	0	20	7,40	5,96	0,38	-0,95	0,86	0,12	<0,01
przemoc fizyczna	0	20	4,29	5,01	1,27	0,85	0,87	0,20	<0,01
przemoc seksualna	0	20	1,95	3,70	2,16	4,66	0,88	0,38	<0,01
zaniedbanie emocjonalne	0	20	10,16	6,14	0,08	-1,10	0,90	0,09	0,05
zaniedbanie fizyczne	0	19	6,07	4,68	0,50	-0,43	0,69	0,10	0,01
<b>przemoc w związku – ogólne nasilenie</b>	0	129	38,75	28,71	0,29	-0,85	0,96	0,07	0,20
agresja psychiczna	0	12	4,33	3,32	0,74	0,29	0,87	0,09	0,03
agresja fizyczna	0	36	12,46	8,99	0,22	-0,82	0,93	0,13	<0,01
agresja seksualna	0	46	10,03	11,37	1,02	0,10	0,89	0,23	<0,01
agresja – uszkodzenia ciała	0	31	4,03	6,44	1,90	3,19	0,83	0,37	<0,01
<b>objawy dysocjacji – ogólne nasilenie</b>	1	259	35,62	50,76	1,91	3,79	0,97	0,15	<0,01
symptomy łagodne	1	96	28,85	22,20	0,70	-0,27	0,97	0,09	0,03
symptomy nasilone	1	53	13,37	13,44	1,31	0,67	0,97	0,21	<0,01
symptomy rzadkie	1	48	12,44	12,52	1,38	0,77	0,96	0,22	<0,01

**Tabela 14. Statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące wczesnych nieadaptacyjnych schematów (N=238)**

<b>Zmienna</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Skośność</b>	<b>Kurtoza</b>	<b><math>\alpha</math>-Cronbacha</b>	<b>K-S</b>	<b>p</b>
<b>schematy – ogólne nasilenie</b>	85	512	270,33	75,98	0,31	0,35	0,97	0,05	0,20
<b>domena rozłączenie odrzucenie</b>	25	145	75,94	27,22	0,13	-0,31	0,93	0,05	0,20
opuszczenie / niestabilność więzi	5	30	17,75	6,48	-0,05	-0,52	0,75	0,09	0,02
nieufność / skrzywdzenie	5	30	16,50	6,40	0,01	-0,65	0,78	0,07	0,17
deprywacja emocjonalna	5	30	14,99	6,77	0,28	-0,52	0,78	0,07	0,20
wadliwość / wstyd	5	30	12,38	6,51	0,74	-0,02	0,90	0,10	0,01
izolacja społeczna / wyobcowanie	5	30	14,33	6,90	0,39	-0,73	0,81	0,10	0,01
<b>domena słaba autonomia</b>	20	86	27,86	9,73	0,94	5,05	0,85	0,07	0,20
zależność / niekompetencja	5	30	11,97	5,57	0,74	0,39	0,76	0,13	<0,01
podatność na zranienie lub zachorowanie	5	30	14,49	6,55	0,45	-0,39	0,71	0,08	0,06
uwikłanie emocjonalne / nie w pełni rozwinięte Ja	5	27	11,25	5,58	0,66	-0,16	0,77	0,14	<0,01
porażka	5	30	14,11	6,57	0,38	-0,43	0,75	0,08	0,09
<b>domena uszkodzone granice</b>	10	85	50,39	13,99	-0,27	0,57	0,68	0,06	0,20
roszczeniowość / wielkościowość	5	30	13,84	4,78	0,39	1,10	0,57	0,11	<0,01
niedostateczna samokontrola i samodyscyplina	5	30	13,82	5,46	0,28	0,07	0,73	0,08	0,14
<b>domena nakierowanie na innych</b>	10	145	75,94	27,23	0,13	-0,31	0,83	0,04	0,20
podporządkowanie się	5	30	14,57	6,36	0,35	-0,54	0,75	0,12	<0,01
samopoświęcenie	5	30	19,75	5,94	-0,37	0,03	0,76	0,07	0,20
poszukiwanie akceptacji i uznania	5	30	16,08	5,80	0,07	-0,15	0,77	0,07	0,20
<b>domena nadmierna czujność i zahamowanie</b>	20	114	51,82	19,61	0,42	0,38	0,89	0,06	0,20
negatywizm / pesymizm	5	30	17,22	6,42	0,10	-0,41	0,80	0,08	0,11
zahamowanie emocjonalne	5	30	14,27	6,27	0,31	-0,56	0,67	0,08	0,15
nadmierne wymaganie / nadmierny krytycyzm	5	30	16,20	5,61	0,04	-0,06	0,80	0,06	0,20
bezwzględna surowość	5	30	14,73	6,36	0,24	-0,49	0,51	0,13	0,00

**Tabela 15. Statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące trybów (N=238)**

Zmienna	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	Skośność	Kurtoza	$\alpha$ -Cronbacha	<i>K-S</i>	<i>p</i>
<b>tryby – wynik sumaryczny</b>	102	521	330,83	67,38	-0,44	1,52	0,96	0,05	0,20
<b>tryb dziecka</b>	50	175	85,29	26,41	0,07	0,77	0,94	0,07	0,20
wrażliwe dziecko	10	56	28,49	10,49	0,08	-0,36	0,89	0,06	0,20
złoszczące się dziecko	10	55	28,1	9,01	0,15	0,45	0,81	0,13	<0,01
impulsywne/niezdyscyplinowane dziecko	10	48	23,56	7,66	0,29	0,71	0,70	0,19	<0,01
rozwścieczone dziecko	10	57	18,41	8,50	1,22	2,06	0,89	0,15	<0,01
dziecko nieposłuszne	6	28	15,18	5,28	0,40	0,19	0,70	0,08	0,08
<b>szczęśliwe dziecko</b>	10	54	28,54	8,83	0,07	0,39	0,78	0,10	0,01
<b>tryb unikania</b>	20	92	53,52	15,54	-0,24	0,84	0,87	0,09	0,03
postawa uległa i poddańcza	7	37	20,24	6,44	-0,03	0,31	0,74	0,08	0,12
postawa obojętna	9	45	20,25	7,93	0,36	-0,03	0,82	0,09	0,03
postawa odosobnienia	4	24	13,02	4,57	0,04	0,03	0,68	0,07	0,20
<b>tryb nadmiernej kompensacji</b>	19	96	43	14,43	0,34	0,57	0,87	0,10	0,01
postawa wyższościowa	10	50	23,48	8,75	0,34	-0,11	0,84	0,09	0,04
postawa agresywna	9	46	19,53	6,79	0,52	1,07	0,72	0,12	<0,01
<b>tryb rodzica</b>	20	96	54,95	15,78	0,01	0,82	0,86	0,06	0,20
rodzic karzący	10	61	22,82	8,80	0,79	0,61	0,80	0,10	0,01
rodzic wymagający	10	57	32,13	9,52	-0,14	0,41	0,82	0,14	<0,01
rodzic zdrowy	10	55	34,48	9,13	-0,58	1,00	0,80	0,06	0,20

## **5.2. Analizy właściwe**

W tej części rozdziału zostały przedstawione wyniki badań uporządkowane zgodnie z kolejnością stawianych hipotez. Pierwsze wyniki dotycząc występowania różnic międzygrupowych. Kolejne odpowiadają na pytania o związki pomiędzy badanymi czynnikami.

### **5.2.1. Znaczenie przemoc w dzieciństwie dla zjawiska rewiktymizacji**

W tym kroku analiz rozpatrywano pytanie badawcze 1:

- Czy kobiety, które doświadczyły rewiktymizacji (grupa 3) różnią się od kobiet, które doświadczyły przemocy jedynie w rodzinie pochodzenia (grupa 1) w zakresie formy i nasilenia doznanej przemocy w dzieciństwie?

W celu udzielenia odpowiedzi na nie przeprowadzono analizę różnic międzygrupowych. W tym kroku analizie poddane zostały różnice pomiędzy grupą I i III w zakresie natężenia następujących zmiennych: przemoc w dzieciństwie – ogólne nasilenie, przemoc emocjonalna, przemoc fizyczna, przemoc seksualna, zaniedbanie emocjonalne, zaniedbanie fizyczne. Ponieważ dystrybucja większości badanych zmiennych różniła się istotnie od rozkładu normalnego oraz porównywane grupy nie są równoliczne, zastosowałem nieparametryczny test różnic – test *U* Manna-Whitneya.

Wyniki przeprowadzonych analiz nie ujawniły istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami w zakresie charakterystyki doznawanego wydarzenia potencjalnie traumatycznego (natężenie przemocy emocjonalnej, fizycznej, seksualnej, zaniedbania emocjonalnego i fizycznego) (por. Tabela 16).

**Tabela 16. Różnice międzygrupowe w nasileniu przemocy doświadczonej w dzieciństwie**

Zmienna	Okres doświadczenia przemocy;		U Mann-Whitney’a	Wartość statystyki Z	Istotność	d-Cohena
	średnia ranga					
	dzieciństwo (grupa I)	dzieciństwo i dorosłość (grupa III)				
	N=49	N=132				
przemoc w dzieciństwie- -ogólne nasilenie	93,15	90,20	3128,50	-0,34	0,74	—
przemoc emocjonalna	97,05	88,75	2937,50	-0,95	0,34	—
przemoc fizyczna	89,55	91,54	3163,00	-0,23	0,82	—
przemoc seksualna	91,51	90,81	3209,00	-0,09	0,93	—
zaniedbanie emocjonalne	96,97	88,78	2941,50	-0,94	0,35	—
zaniedbanie fizyczne	87,11	92,44	3043,50	-0,61	0,54	—

### 5.2.2. Znaczenie objawów zaburzeń dysocjacyjnych dla zjawiska rewiktymizacji

W tym kroku analiz rozpatrywano pytanie badawcze 2:

- Czy występują różnice w zakresie objawów zaburzeń dysocjacyjnych pomiędzy kobietami, które doświadczyły rewiktymizacji (grupa 3) a tymi, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie (grupa 1)?

W celu udzielenia odpowiedzi na nie przeprowadzono analizę różnic międzygrupowych. Na tym etapie poddano analizie różnice między grupą I i III w zakresie natężenia objawów zaburzeń dysocjacyjnych (wynik zbiorczy), a także szczegółowe skale związane z objawami dysocjacyjnymi: symptomy codzienne, nasilone i rzadkie. Z uwagi na to, że dystrybucja większości badanych zmiennych różniła się istotnie od rozkładu normalnego, a porównywane grupy nie są równoliczne, zastosowany został nieparametryczny test różnic – test *U* Manna-Whitneya. Wyniki przeprowadzonych analiz nie ujawniły istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami (por. Tabela 17).

**Tabela 17. Różnice w zakresie nasilenia objawów zaburzeń dysocjacyjnych**

Zmienna	Okres doświadczenia		U Manna-Whitneya	Wartość statystyki Z	Istotność	d-Cohena
	przemocy; średnia ranga					
	dzieciństwo	dzieciństwo				
	(grupa I)	i dorosłość				
	N=49	(grupa III)				
		N=132				
dysocjacja – nasilenie ogólne	75,85	89,19	2437,00	-1,64	0,10	—
symptomy codzienne	50,93	51,02	867,50	-0,12	0,99	—
symptomy nasilone	50,75	41,58	481,50	-1,39	0,16	—
symptomy rzadkie	46,08	47,24	685,50	-0,17	0,87	—

### 5.2.3. Znaczenie wczesnych nieadaptacyjnych schematów i trybów dla zjawiska rewiktymizacji

W tym kroku analiz rozpatrywano pytanie badawcze 3:

- Czy występują różnice pomiędzy osobami badanymi z grupy 1, 2 i 3 pod względem nasilenia wczesnych nieadaptacyjnych schematów i trybów?

W celu udzielenia odpowiedzi na nie przeprowadzono analizę różnic międzygrupowych. Rozpatrzone zostały różnice pomiędzy grupą I, II i III. Ponieważ dystrybucja większości badanych zmiennych różniła się istotnie od rozkładu normalnego, zaś porównywane grupy nie są równoliczne, zastosowano nieparametryczny test różnic – test *H* Kruskala-Wallisa wraz z porównowaniami międzygrupowymi (Tabela 18, 19, 20, 21). Ponadto dla istotnych różnic zdecydowano obliczyć wielkość efektu  $\eta^2$ , który następnie przetransformowano na *d*-Cohena. Z racji dużej liczby zmiennych wyniki przedstawione zostały z podziałem na domeny.

**Różnice w zakresie wczesnych nieadaptacyjnych schematów.** Wyniki analiz (Tabela 18, 19, 20, 21) wykazały wystąpienie istotnych różnic w ogólnym wyniku natężenia wczesnych nieadaptacyjnych schematów ( $H=7,19$ ;  $p<0,05$ ;  $d=0,30$ ). Grupa osób, które doświadczyły rewiktylizacji, miała osiągnęła znacznie wyższe wyniki w ogólnym natężeniu EMS niż grupa osób, które doświadczyły przemocy w dorosłości. Kolejne różnice odnotowano w dwóch domenach rozłączenie/odrzućenie ( $H=12,05$ ;  $p<0,05$ ;  $d=0,42$ ) i domenie słaba autonomia ( $H=6,61$ ;  $p<0,05$ ;  $d=0,28$ ). W obu przypadkach różnica dotyczyła grupy II i III, tj. osoby, które doświadczyły rewiktylizacji, miały znacznie wyższe natężenie EMS. Analiza pojedynczych schematów ujawniła, że w ramach domeny rozłączenie/odrzućenie cztery na pięć składowych schematów, tj. nieufność/skrzywdzenie ( $H=9,71$ ;  $p<0,05$ ;  $d=0,37$ ), deprywacja emocjonalna ( $H=16,40$ ;  $p<0,05$ ;  $d=0,51$ ), wadliwość/wstyd ( $H=7,56$ ;  $p<0,05$ ;  $d=0,31$ ), izolacja społeczna/wyobcowanie ( $H=11,44$ ;  $p<0,05$ ;  $d=0,41$ ) były istotnie bardziej natężone wśród osób badanych z grupy III niż z grupy II. Należy zaznaczyć, że jedynie w zakresie natężenia schematu nieufność/skrzywdzenie zaobserwowano, że jego natężenie było wyższe w grupie III niż w grupach I i II. Z kolei poziom rozwoju schematu opuszczenie / niestabilność więzi nie różnił się istotnie w badanych grupach ( $H=1,87$ ;  $p>0,05$ ). Podobne różnice odnotowano w natężeniu domeny słaba autonomia ( $H=6,61$ ;  $p<0,05$ ;  $d=0,28$ ). W ramach tej domeny tylko jeden ze schematów, tj. zależność/niekompetencja, istotnie różnił się natężeniem w badanych grupach ( $H=9,97$ ;  $p<0,05$ ;  $d=0,37$ ). Podobnie jego znacznie większe natężenie wykazano w grupie III w porównaniu z grupą II. Spośród badanych schematów zaobserwowano jeszcze jedną podobną do wcześniej opisanych różnicę w schemacie podporządkowanie się (domena nakierowanie na innych) ( $H=8,95$ ;  $p<0,05$ ;  $d=0,35$ ).



**Tabela 18. Różnice w natężeniu wczesnych nieadaptacyjnych schematów; domena rozłączenie odrzucenie**

Zmienna	Okres doświadczenia przemocy;			Porównania międzygrupowe	<i>H</i> Kruskala- Wallisa	Istotność	<i>d</i> -Cohena
	średnia ranga						
	dzieciństwo	dorosłość	dzieciństwo				
	(grupa I) <i>N</i> =49	(grupa II) <i>N</i> =57	i dorosłość (grupa III) <i>N</i> =132				
<b>schematy – ogólne nasilenie</b>	111,92	102,13	129,81	II<III	7,19	0,03	0,30
<b>domena rozłączenie odrzucenie</b>	109,72	96,99	132,85	II<III	12,05	<0,01	0,42
opuszczenie / niestabilność więzi	122,28	108,65	123,16	–	1,87	0,39	–
nieufność / skrzywdzenie	103,28	104,64	131,94	I<III; II<III	9,71	0,01	0,37
deprywacja emocjonalna	109,30	92,62	134,89	II<III	16,40	<0,01	0,51
wadliwość / wstyd	115,28	100,01	129,48	II<III	7,56	0,02	–
izolacja społeczna / wyobcowanie	111,57	96,75	132,27	II<III	11,44	<0,01	0,41

**Tabela 19. Różnice w natężeniu wczesnych nieadaptacyjnych schematów; domena słaba autonomia**

Zmienna	Okres doświadczenia przemocy;			Porównania międzygrupowe	<i>H</i> Kruskala-- Wallisa	Istotność	<i>d</i> -Cohena
	średnia ranga						
	dzieciństwo	dorosłość	dzieciństwo				
	(grupa I)	(grupa II)	i dorosłość				
	<i>N</i> =49	<i>N</i> =57	(grupa III) <i>N</i> =132				
<b>domena słaba autonomia</b>	114,26	101,82	129,08	II<III	6,61	0,04	0,28
zależność / niekompetencja	124,72	94,57	128,33	II<III	9,97	0,01	0,37
podatność na zranienie lub zachorowanie	115,44	103,74	127,81	–	5,10	0,08	–
uwikłanie emocjonalne / nie w pełni rozwinięte Ja	111,01	110,14	126,69	–	3,26	0,20	–
porażka	117,54	106,96	125,64	–	2,99	0,22	–

**Tabela 20. Różnice w natężeniu wczesnych nieadaptacyjnych schematów; domena uszkodzone granice**

Zmienna	Okres doświadczenia przemocy;				Porównania międzygrupowe	<i>H</i> Kruskala-- Wallisa	Istotność	<i>d</i> -Cohena
	średnia ranga							
	dzieciństwo	dorosłość	dzieciństwo					
	i dorosłość							
	(grupa I)	(grupa II)	(grupa III)					
	<i>N</i> =49	<i>N</i> =57	<i>N</i> =132					
domena uszkodzone granice	123,60	112,07	121,19	–	0,92	0,63	–	
roszczeniowość / wielkościowość	123,01	118,17	118,77	–	0,17	0,92	–	
niedostateczna samokontrola i samodyscyplina	123,38	108,07	123,00	–	2,07	0,35	–	

**Tabela 21. Różnice w natężeniu wczesnych nieadaptacyjnych schematów; domena nakierowanie na innych**

Zmienna	Okres doświadczenia przemocy; średnia ranga			Porównania międzygrupowe	<i>H</i> Kruskala-- Wallisa	Istotność	<i>d</i> -Cohena
	dzieciństwo	dorosłość	dzieciństwo				
	(grupa I)	(grupa II)	i dorosłość				
	<i>N</i> =49	<i>N</i> =57	(grupa III) <i>N</i> =132				
<b>domena nakierowanie na innych</b>	109,59	111,46	126,65	–	2,07	0,35	–
podporządkowanie się	113,09	99,08	130,70	II<III	8,95	<0,01	0,35
samopoświęcenie	109,59	111,46	126,65	–	3,22	0,20	–
poszukiwanie akceptacji i uznania	123,76	118,97	118,15	–	0,24	0,89	–

**Tabela 22. Różnice w natężeniu wczesnych nieadaptacyjnych schematów; domena nadmierna czujność i zahamowanie**

Zmienna	Okres doświadczenia przemocy;			Porównania międzygrupowe	<i>H</i> Kruskala-- Wallisa	Istotność	<i>d</i> -Cohena
	średnia ranga						
	dzieciństwo	dorosłość	dzieciństwo				
	(grupa I)	(grupa II)	i dorosłość				
	<i>N</i> =49	<i>N</i> =57	(grupa III) <i>N</i> =132				
<b>domena nadmierna czujność i zahamowanie</b>	117,50	106,16	126,00	—	3,36	0,19	—
negatywizm / pesymizm	112,05	114,75	124,31	—	1,49	0,47	—
zahamowanie emocjonalne	106,92	121,12	123,47	—	2,11	0,35	—
nadmierne wymaganie / nadmierny krytycyzm	119,19	112,49	122,64	—	0,87	0,65	—
bezwzględna surowość	123,76	118,97	118,15	—	0,24	0,89	—

**Różnice w zakresie trybów.** Wyniki analiz (por. Tabela 23a, Tabela 23b) wykazały istotne różnice w zakresie trybu szczęśliwe dziecko ( $H=17,80$ ;  $p<0,01$ ;  $d=0,54$ ); osoby z grupy II uzyskały istotnie wyższy wynik od badanych z grup I i III. Ponadto analizy ujawniły różnicę w trybie unikania ( $H=7,67$ ;  $p<0,05$ ;  $d=0,31$ ). Okazało się, że osoby z grupy III prezentują wyższe natężenie tego trybu niż osoby z grupy II. Istotne różnice zaobserwowano także w poziomie rozwoju trybu zdrowy rodzic ( $H=13,40$ ;  $p<0,01$ ;  $d=0,45$ ). Tryb ten był najlepiej rozwinięty w grupie II (osoby doświadczające pojedynczej wiktymizacji w dorosłości), z kolei w grupie I i III wynik ten był znacznie niższy. Szczegółowe analizy ujawniły, że natężenie dwóch z trzech podskal budujących ten tryb: postawa uległa i poddańcza ( $H=10,83$ ;  $p<0,01$ ;  $d=0,39$ ) oraz postawa obojętna ( $H=8,50$ ;  $p<0,01$ ;  $d=0,34$ ) różnicowało badane grupy. W pierwszym przypadku grupa III prezentowała istotnie wyższe natężenie podskali w porównaniu zarówno z grupą I, jak i II. W drugim grupa III osiągnęła zdecydowanie wyższy wynik od grupy II. Pozostałe różnice zaobserwowano w natężeniu pojedynczych podskal wchodzących w skład trybów, tj. wrażliwe dziecko ( $H=10,99$ ;  $p<0,01$ ;  $d=0,40$ ) – tutaj wyniki grupy III były wyższe od wyników grupy II, rozwścieczone dziecko ( $H=13,55$ ;  $p<0,01$ ;  $d=0,45$ ) oraz rodzic karzący ( $H=15,56$ ;  $p<0,01$ ;  $d=0,50$ ). W dwóch ostatnich przypadkach wyniki wskazały na niższe nasilenie podskali u osób z grupy II względem osób z grupy I i III.

Tabela 23a. Różnice międzygrupowe w nasileniu trybów

Zmienna	Okres doświadczenia przemocy; średnia ranga			Porównania między- grupowe	<i>H</i> Kruskala-- Wallisa	Istotność	<i>d</i> -Cohena
	dzieciństwo (grupa I)	dorosłość (grupa II)	dzieciństwo i dorosłość (grupa III)				
	<i>N</i> =49	<i>N</i> =57	<i>N</i> =132				
<b>tryb dziecka</b>	123,88	101,70	125,56	–	5,03	0,08	–
wrażliwe	105,72	100,85	132,67	II<III	10,99	<0,01	0,40
złoszczące się	119,74	108,24	124,27	–	0,45	0,80	–
impulsywne	124,22	115,22	119,59	–	2,27	0,32	–
rozwścieczone	136,63	91,36	125,29	I>II; II<III	13,55	<0,01	0,45
nieposłuszne	123,01	113,30	120,88	–	0,64	0,72	–
<b>szczęśliwe dziecko</b>	118,20	151,94	105,97	I>II; II<III	17,80	<0,01	0,54

Tabela 23b. Różnice międzygrupowe w nasileniu trybów. Analizy szczegółowe

Zmienna	Okres doświadczenia przemocy; średnia ranga			Porównania między- grupowe	<i>H</i> Kruskala-- Wallisa	Istotność	<i>d</i> -Cohena
	dzieciństwo (grupa I) <i>N</i> =49	dorosłość (grupa II) <i>N</i> =57	dzieciństwo i dorosłość (grupa III) <i>N</i> =132				
<b>tryb unikania</b>	110,01	102,54	130,35	II<III	7,67	0,02	0,31
postawa uległa i poddańcza	105,06	101,57	132,60	I<III; II<III	10,83	<0,01	0,39
postawa obojętna	120,78	97,00	128,74	II<III	8,50	0,01	0,34
postawa odosobnienia	105,11	127,47	121,40	–	3,02	0,22	–
<b>tryb nadmiernej kompensacji</b>	129,23	111,40	119,38	–	1,77	0,41	–
postawa wyższościowa	127,35	112,39	119,66	–	1,25	0,54	–
postawa agresywna	129,38	110,01	119,93	–	2,10	0,35	–
<b>tryb rodzica</b>	120,79	105,45	125,09	–	3,26	0,20	–
rodzic karzący	131,87	88,25	128,40	I>II; II<III	15,56	<0,01	0,50
rodzic wymagający	111,64	123,84	120,54	–	0,90	0,64	–
<b>rodzic zdrowy</b>	110,58	148,59	110,25	I<II; II>III	13,40	<0,01	0,45



#### 5.2.4. Rola wczesnych wydarzeń traumatycznych, dysocjacji, schematów i trybów w zjawisku rewiktylizacji?

W celu udzielenia odpowiedzi na pytanie badawcze nr 4 zdecydowano przeprowadzić analizy statystyczne w dwóch etapach. W etapie pierwszym policzono współczynniki korelacji wyników otrzymanych z badania grupy III (tj. osób, które doświadczyły rewiktylizacji). Z kolei, w etapie drugim, w celu weryfikacji roli badanych czynników, przeprowadzono analizę ścieżek metodą równań strukturalnych.

**Wyniki analizy korelacji.** Zdecydowano przeprowadzić analizę korelacji wszystkich kluczowych zmiennych włączonych do hipotetycznego modelu rewiktylizacji, tj. doświadczenie przemocy w dzieciństwie, objawy dysocjacji, wczesne nieadaptacyjne schematy, jak tryby schematów.

W pierwszym etapie, zgodnie z przyjętymi hipotezami, zweryfikowano związek pomiędzy doświadczaniem przemocy a rozwojem objawów zaburzeń dysocjacyjnych (Tabela 24). Wyniki analizy korelacji ujawniły związki pomiędzy skalą ogólną doświadczania przemocy a łagodnymi objawami dysocjacji ( $\rho=0,28$ ;  $p<0,05$ ). Związek tej kategorii objawów wystąpił w połączeniu z przemocą emocjonalną ( $\rho=0,26$ ;  $p<0,05$ ) i fizyczną ( $\rho=0,26$ ;  $p<0,05$ ). Zaobserwowano również związek przemocy fizycznej z nasileniem umiarkowanych objawów dysocjacji ( $\rho=0,32$ ;  $p<0,01$ ).

**Tabela 24. Wyniki analizy związków pomiędzy przemocą w dzieciństwie a nasileniem objawów zaburzeń dysocjacyjnych (grupa III;  $N=132$ ). Współczynniki korelacji  $\rho$ -Spearmana**

Zmienne	przemoc ogólne nasilenie	przemoc emocjonalna	przemoc fizyczna	przemoc seksualna	zaniedbanie emocjonalne	zaniedbanie fizyczne
<b>dysocjacja – ogólne nasilenie</b>	0,00	0,07	-0,03	-0,08	-0,03	0,08
symptomy codzienne	<b>0,28*</b>	<b>0,26*</b>	<b>0,26*</b>	0,12	0,02	0,14
symptomy nasilone	0,21	0,21	<b>0,32**</b>	0,20	0,06	0,14
symptomy rzadkie	0,19	0,07	-0,06	0,11	0,16	0,15

\* istotność na poziomie  $p<0,05$ ; \*\* istotność na poziomie  $p<0,01$

W drugim etapie przeanalizowano relację przemocy z rozwojem wczesnych nieadaptacyjnych schematów na poziomie domen (Tabela 25). Wyniki analizy ujawniły związki przemocy na poziomie ogólnym z rozwojem schematów z domeny rozłączenie/odrzućcie ( $\rho=0,27$ ;  $p<0,01$ ). Ponadto przemoc emocjonalna korelowała ze schematami z domeny rozłączenie/odrzućcie ( $\rho=0,29$ ;  $p<0,01$ ) oraz nakierowanie na innych ( $\rho=0,20$ ;  $p<0,05$ ). Wykazano także, że istnieje związek między przemocą fizyczną i schematami z domeny rozłączenie/odrzućcie ( $\rho=0,24$ ;  $p<0,01$ ) i nakierowanie na innych ( $\rho=0,17$ ;  $p<0,05$ ). Doświadczenie zaniedbania emocjonalnego korelowało ujemnie ze schematami z domeny słaba autonomia ( $\rho=-0,25$ ;  $p<0,01$ ) i nadmierna czujność i zahamowane ( $\rho=-0,25$ ;  $p<0,01$ ), zaś zaniedbanie o charakterze fizycznym pozostawało w związku z rozwojem schematów z domeny rozłączenie/odrzućcie ( $\rho=0,23$ ;  $p<0,01$ ).

**Tabela 25. Wyniki analizy związków pomiędzy przemocą w dzieciństwie a nasileniem nieadaptacyjnych schematów (grupa III;  $N=132$ ). Współczynniki korelacji  $\rho$ -Spearmana**

Zmienne	przemoc ogólne nasilenie	przemoc emocjonalna	przemoc fizyczna	przemoc seksualna	zaniedbanie emocjonalne	zaniedbanie fizyczne
<b>schematy – ogólne nasilenie</b>	0,09	0,19*	0,14	0,05	-0,16	0,09
domena rozłączenie odrzućcie	<b>0,27**</b>	<b>0,29**</b>	<b>0,24**</b>	0,08	0,04	<b>0,23**</b>
domena słaba autonomia	-0,07	0,04	0,01	0,03	<b>-0,25**</b>	-0,09
domena uszkodzone granice	-0,01	0,05	-0,03	-0,02	-0,13	0,09
domena nakierowanie na innych	0,08	<b>0,20*</b>	<b>0,17*</b>	0,05	-0,15	0,04
domena nadmierna czujność i zahamowane	0,04	0,17	0,14	0,05	<b>-0,25**</b>	0,05

\* istotność na poziomie  $p<0,05$ ; \*\* istotność na poziomie  $p<0,01$

Trzeci etap dotyczył analiz związków przemocy z nasileniem pojedynczych wczesnych nieadaptacyjnych schematów. Zgodnie z wcześniejszymi hipotezami uwzględniono jedynie schematy z domeny rozłączenie/odrzućcie (Tabela 26). Na poziomie ogólnym doświadczenie przemocy korelowało z większością schematów z

domeny rozłączenie/odrzućenie, w tym ze schematami: nieufność/skrzywdzenie ( $\rho=0,20$ ;  $p<0,05$ ), deprywacja emocjonalna ( $\rho=0,36$ ;  $p<0,01$ ), wadliwość/wstyd ( $\rho=0,18$ ;  $p<0,05$ ), izolacja społeczna / wyobcowanie ( $\rho=0,21$ ;  $p<0,05$ ). Na poziomie szczegółowym przemoc emocjonalna korelowała ze wszystkimi schematami z tej domeny: opuszczenie / niestabilność więzi ( $\rho=0,22$ ;  $p<0,05$ ), nieufność/skrzywdzenie ( $\rho=0,24$ ;  $p<0,01$ ), deprywacja emocjonalna ( $\rho=0,25$ ;  $p<0,01$ ), wadliwość/wstyd ( $\rho=0,18$ ;  $p<0,05$ ), izolacja społeczna / wyobcowanie ( $\rho=0,28$ ;  $p<0,01$ ). Można też było zaobserwować korelację przemoc fizyczna z następującymi schematami: opuszczenie / niestabilność więzi ( $\rho=0,17$ ;  $p<0,05$ ), nieufność/skrzywdzenie ( $\rho=0,19$ ;  $p<0,01$ ), deprywacja emocjonalna ( $\rho=0,23$ ;  $p<0,01$ ) oraz izolacja społeczna / wyobcowanie ( $\rho=0,19$ ;  $p<0,05$ ).

**Tabela 26. Wyniki analizy związków pomiędzy przemocą w dzieciństwie a nasileniem nieadaptacyjnych schematów – analizy szczegółowe (grupa III;  $N=132$ ). Współczynniki korelacji  $\rho$ -Spearmana**

Zmienne	przemoc ogólne nasilenie	przemoc emocjonalna	przemoc fizyczna	przemoc seksualna	zaniedbanie emocjonalne	zaniedbanie fizyczne
<b>domena rozłączenie/odrzućenie</b>	0,27**	0,29**	0,24**	0,08	0,04	0,23**
opuszczenie / niestabilność więzi	0,13	<b>0,22*</b>	<b>0,17*</b>	-0,02	-0,06	0,04
nieufność/skrzywdzenie	<b>0,20*</b>	<b>0,24**</b>	<b>0,19*</b>	0,08	-0,02	0,12
depriwacja emocjonalna	<b>0,36**</b>	<b>0,25**</b>	<b>0,23**</b>	0,04	<b>0,25**</b>	<b>0,42**</b>
wadliwość/wstyd	<b>0,18*</b>	<b>0,18*</b>	0,13	0,10	0,03	0,14
izolacja społeczna / wyobcowanie	<b>0,21*</b>	<b>0,28**</b>	<b>0,19*</b>	0,07	-0,08	<b>0,21*</b>

\* istotność na poziomie  $p<0,05$ ; \*\* istotność na poziomie  $p<0,01$

W czwartym etapie zbadano związek przemocy z rozwojem grup trybów schematów. (Tabela 27). Na szczególną uwagę zasługuje to, że jedynie przemoc emocjonalna korelowała z trybem rodzic zdrowy ( $\rho=0,18$ ;  $p<0,05$ ), zaś przemoc fizyczna z trybem rodzica ( $\rho=0,18$ ;  $p<0,05$ ) i trybem rodzic zdrowy ( $\rho=0,20$ ;

$p<0,05$ ). Zaniedbanie emocjonalne związane było ujemnie z trybem rodzica ( $\rho=-0,19$ ;  $p<0,05$ ), szczęśliwe dziecko ( $\rho=-0,32$ ;  $p<0,01$ ), nadmiernej kompensacji ( $\rho=-0,19$ ;  $p<0,05$ ), trybem rodzica ( $\rho=-0,24$ ;  $p<0,01$ ), jak również trybem rodzic zdrowy ( $\rho=-0,19$ ;  $p<0,05$ ). Z kolei zaniedbanie fizyczne korelowało tylko z trybem szczęśliwe dziecko ( $\rho=-0,18$ ;  $p<0,05$ ).

**Tabela 27. Wyniki analizy związków pomiędzy przemocą w dzieciństwie a nasileniem trybów (grupa III;  $N=132$ ). Współczynniki korelacji  $\rho$ -Spearmana**

Zmienne	przemoc ogólne nasilenie	przemoc emocjonalna	przemoc fizyczna	przemoc seksualna	zaniedbanie emocjonalne	zaniedbanie fizyczne
tryb dziecka	0,05	0,09	0,11	-0,03	-0,16	0,06
tryb szczęśliwe dziecko	-0,15	0,03	-0,03	-0,01	<b>-0,32**</b>	<b>-0,18*</b>
tryb unikania	0,11	0,11	0,16	0,02	-0,10	0,12
tryb nadmiernej kompensacji	-0,07	-0,05	-0,04	-0,02	<b>-0,19*</b>	0,01
tryb rodzica	0,06	0,15	<b>0,18*</b>	-0,06	<b>-0,24**</b>	0,08
tryb rodzic zdrowy	0,04	<b>0,18*</b>	<b>0,20*</b>	-0,01	<b>-0,19*</b>	0,00

\* istotność na poziomie  $p<0,05$ ; \*\* istotność na poziomie  $p<0,01$

W piątym etapie (Tabela 28) badano związki przemocy z rozwojem szczegółowych trybów z grupy trybów unikania i nadmiernej kompensacji. Włączenie do szczegółowych analiz tych grup trybów wynika z testowanych hipotez badawczych (Tabela 5). Analiza korelacji wykazała ogólnie brak istotnych związków między doznawaniem przemocy a nasileniem danych postaw. Wyjątek stanowił ujemny związek pomiędzy zaniedbaniem emocjonalnym a postawą wyższościową ( $\rho=-0,19$ ;  $p<0,05$ ), i agresywną ( $\rho=-0,19$ ;  $p<0,05$ ).

W kolejnym etapie zbadano związki pomiędzy doznawaniem przemocy w dzieciństwie a doświadczaniem jej w dorosłości (Tabela 29). Istotne związki zaobserwowano pomiędzy ogólnym nasileniem przemocy w dorosłości a przemocą fizyczną ( $\rho=0,19$ ;  $p<0,05$ ) i seksualną ( $\rho=0,18$ ;  $p<0,05$ ) w dzieciństwie.

**Tabela 28. Wyniki analizy związków pomiędzy przemocą w dzieciństwie a nasileniem nieadaptacyjnych trybów radzenia sobie – analizy szczegółowe (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji  $\rho$ -Spearmana**

Zmienne	przemoc ogólne nasilenie	przemoc emocjonalna	przemoc fizyczna	przemoc seksualna	zaniedbanie emocjonalne	zaniedbanie fizyczne
<b>tryb unikania</b>	0,11	0,11	0,16	0,02	-0,10	0,12
postawa uległa i poddańcza	0,04	0,09	0,13	0,01	-0,13	0,05
postawa obojętna	0,09	0,05	0,11	0,01	-0,07	0,15
postawa odosobnienia	0,11	0,15	0,13	0,02	-0,13	0,05
<b>tryb nadmiernej kompensacji</b>	-0,07	-0,05	-0,04	-0,02	<b>-0,19*</b>	0,01
postawa wyższościowa	-0,07	-0,04	-0,04	-0,02	<b>-0,19*</b>	0,02
postawa agresywna	-0,11	-0,09	-0,05	-0,03	<b>-0,19*</b>	-0,02

\* istotność na poziomie  $p<0,05$ ; \*\* istotność na poziomie  $p<0,01$

Na poziomie szczegółowym, doświadczanie agresji fizycznej w dorosłości korelowało z przemocą fizyczną ( $\rho=0,19$ ;  $p<0,05$ ) i seksualną ( $\rho=0,19$ ;  $p<0,05$ ) w dzieciństwie. Ponadto, doświadczanie agresji seksualnej w dorosłości korelowało z przemocą tego samego typu w dzieciństwie ( $\rho=0,23$ ;  $p<0,05$ ).

**Tabela 29. Wyniki analizy związków pomiędzy doświadczaniem przemocy w dorosłości a doświadczaniem przemocy w dzieciństwie (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji  $\rho$ -Spearmana**

Zmienne	przemoc w dorosłości– ogólne	agresja psychiczna	agresja fizyczna	agresja seksualna
<b>przemoc w dzieciństwie – ogólne nasilenie</b>	0,15	0,11	<b>0,19*</b>	0,07
przemoc emocjonalna	0,10	0,11	0,11	-0,01
przemoc fizyczna	<b>0,19*</b>	0,04	<b>0,19*</b>	0,13
przemoc seksualna	<b>0,18*</b>	0,15	<b>0,19*</b>	<b>0,23*</b>
zaniedbanie emocjonalne	0,00	0,08	0,04	-0,03
zaniedbanie fizyczne	0,09	0,07	0,16	0,02

\* istotność na poziomie  $p\leq 0,05$ ; \*\* istotność na poziomie  $p\leq 0,01$

W siódmym etapie analizowano związki pomiędzy objawami zaburzeń dysocjacyjnych a nasileniem wczesnych nieadaptacyjnych schematów (Tabela 30). Na poziomie symptomów ogólnych nie zaobserwowano istotnych związków. Z kolei w zakresie objawów dysocjacyjnych zaobserwowano związek wszystkich podskal ze schematami z domeny rozłączenie/odrzućenie. Istotny związek wystąpił zarówno na poziomie wyniku ogólnego ( $\rho=0,22$ ;  $p<0,05$ ), jak i podskal symptomy codzienne ( $\rho=0,40$ ;  $p<0,01$ ), nasilone ( $\rho=0,31$ ;  $p<0,01$ ) i rzadkie ( $\rho=0,28$ ;  $p<0,05$ ). Zaobserwowano również związki schematów z domeny nakierowanie na innych z symptomami codziennymi ( $\rho=0,33$ ;  $p<0,01$ ) i umiarkowanymi objawami dysocjacji ( $\rho=0,28$ ;  $p<0,05$ ). Podobne relacje symptomów codziennych ( $\rho=0,30$ ;  $p<0,01$ ) i umiarkowanych ( $\rho=0,31$ ;  $p<0,01$ ) zaobserwowano w przypadku domeny nadmierna czujność i zahamowanie.

**Tabela 30. Wyniki analizy związków pomiędzy zaburzeniami dysocjacyjnymi a nasileniem wczesnych nieadaptacyjnych schematów (grupa III;  $N=132$ ). Współczynniki korelacji  $\rho$ -Spearmana**

Zmienne	dysocjacja ogólne nasilenie	symptomy codzienne	symptomy nasilone	symptomy rzadkie
<b>schematy – ogólne nasilenie</b>	0,20*	0,32**	0,32**	0,15
domena rozłączenie/odrzućenie	<b>0,22*</b>	<b>0,40**</b>	<b>0,31**</b>	<b>0,28*</b>
domena słaba autonomia	0,13	0,19	<b>0,25*</b>	0,00
domena uszkodzone granice	0,09	-0,04	0,12	0,13
domena nakierowanie na innych	0,16	<b>0,33**</b>	<b>0,28*</b>	0,08
domena nadmierna czujność i zahamowanie	0,17	<b>0,30**</b>	<b>0,31**</b>	0,14

\* istotność na poziomie  $p<0,05$ ; \*\* istotność na poziomie  $p<0,01$

Analiza szczegółowych związków pomiędzy natężeniem symptomów dysocjacji a nasileniem schematów z domeny rozłączenie/odrzućcie nastąpiła w etapie siódmym (Tabela 31). Wybór schematów z tej domeny podyktowany był przyjętymi hipotezami badawczymi. Wyniki wskazały na wystąpienie związków ze wszystkimi schematami z tej domeny. Schemat opuszczenie / niestabilność więzi korelował zarówno z ogólnym natężeniem objawów dysocjacyjnych ( $\rho=0,20$ ;  $p<0,05$ ), jak i z objawami codziennymi ( $\rho=0,38$ ;  $p<0,01$ ) i nasilonymi ( $\rho=0,24$ ;  $p<0,01$ ). Schemat nieufność/skrzywdzenie wiązał się istotnie z natężeniem objawów w skali ogólnej ( $\rho=0,29$ ;  $p<0,01$ ), symptomami codziennymi ( $\rho=0,38$ ;  $p<0,01$ ), umiarkowanymi ( $\rho=0,26$ ;  $p<0,05$ ) oraz nasilonymi ( $\rho=0,26$ ;  $p<0,05$ ). Schemat deprywacja emocjonalna korelował zdecydowanie z symptomami codziennymi ( $\rho=0,32$ ;  $p<0,01$ ) i nasilonymi ( $\rho=0,27$ ;  $p<0,05$ ). Natomiast schemat wadliwość/wstyd korelował z symptomami codziennymi ( $\rho=0,26$ ;  $p<0,05$ ) i umiarkowanymi ( $\rho=0,36$ ;  $p<0,01$ ). Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku schematu izolacja społeczna/wyobcowanie. Tutaj również wystąpiły istotne korelacje z symptomami codziennymi ( $\rho=0,25$ ;  $p<0,05$ ) i umiarkowanymi ( $\rho=0,26$ ;  $p<0,05$ ).

**Tabela 31. Wyniki analizy związków pomiędzy zaburzeniami dysocjacyjnymi a nasileniem wczesnych nieadaptacyjnych schematów – analizy szczegółowe (grupa III;  $N=132$ ). Współczynniki korelacji  $\rho$ -Spearmana**

Zmienne	dysocjacja ogólne nasilenie	symptomy codzienne	symptomy nasilone	symptomy rzadkie
<b>domena rozłączenie/odrzućcie</b>	0,22*	0,40**	0,31**	0,28*
opuszczenie / niestabilność więzi	<b>0,20*</b>	<b>0,38**</b>	0,23	<b>0,24*</b>
nieufność/skrzywdzenie	<b>0,29**</b>	<b>0,38**</b>	<b>0,26*</b>	<b>0,26*</b>
deprywacja emocjonalna	0,15	<b>0,32**</b>	0,20	<b>0,27*</b>
wadliwość/wstyd	0,17	<b>0,26*</b>	<b>0,36**</b>	0,17
izolacja społeczna / wyobcowanie	0,13	<b>0,25*</b>	<b>0,26*</b>	0,20

\* istotność na poziomie  $p<0,05$ ; \*\* istotność na poziomie  $p<0,01$

W dziewiątym etapie analiz badano związek symptomów dysocjacji z nasileniem ogólnych kategorii trybów (Tabela 32). Istotne korelacje z symptomami dysocjacji wystąpiły w trzech kategoriach trybów: tryb dziecka, unikania i dorosłego. Pierwszy z nich (tryb dziecka) korelował zarówno z wynikiem ogólnym natężenia symptomów dysocjacji ( $\rho=0,22$ ;  $p<0,05$ ), jak i z symptomami codziennymi ( $\rho=0,26$ ;  $p<0,05$ ) i umiarkowanymi ( $\rho=0,27$ ;  $p<0,05$ ). Podobnie tryb unikania korelował z wynikiem ogólnym natężenia symptomów dysocjacji ( $\rho=0,30$ ;  $p<0,01$ ), a także z symptomami codziennymi ( $\rho=0,43$ ;  $p<0,01$ ) i umiarkowanymi ( $\rho=0,31$ ;  $p<0,01$ ). W przypadku trybu rodzica ponownie zaobserwowano korelacje z wynikiem ogólnym natężenia symptomów dysocjacji ( $\rho=0,26$ ;  $p<0,01$ ) oraz z symptomami codziennymi ( $\rho=0,38$ ;  $p<0,01$ ) i umiarkowanymi ( $\rho=0,27$ ;  $p<0,01$ ).

**Tabela 32. Wyniki analizy związków pomiędzy zaburzeniami dysocjacyjnymi a nasileniem trybów (grupa III;  $N=132$ ). Współczynniki korelacji  $\rho$ -Spearmana**

Zmienne	dysocjacja ogólne nasilenie	symptomy codzienne	symptomy nasilone	symptomy rzadkie
tryb dziecka	<b>0,22*</b>	<b>0,26*</b>	<b>0,27*</b>	0,21
tryb szczęśliwe dziecko	0,04	-0,16	-0,16	-0,17
tryb unikania	<b>0,30**</b>	<b>0,43**</b>	<b>0,31**</b>	0,16
tryb nadmiernej kompensacji	0,09	-0,13	-0,07	-0,03
tryb rodzica	<b>0,26**</b>	<b>0,38**</b>	<b>0,27*</b>	0,04
tryb rodzic zdrowy	0,05	0,08	0,05	0,01

\* istotność na poziomie  $p<0,05$ ; \*\* istotność na poziomie  $p<0,01$

Badanie związków między symptomami dysocjacji a szczegółowym natężeniem trybów miało miejsce w dziesiątym etapie analiz. Szczegółowo rozpatrzono tryb unikania i nadmiernej kompensacji (Tabela 33). Wybór tych trybów podyktowany był przyjętymi hipotezami badawczymi. Istotne związki wystąpiły pomiędzy skalami trybu unikania a objawami dysocjacji. Postawa uległa i poddańcza istotnie korelowała zarówno z ogólnym natężeniem objawów dysocjacji ( $\rho=0,24$ ;  $p<0,01$ ), jak i symptomami codziennymi



( $\rho=0,32$ ;  $p<0,01$ ). Z kolei postawa obojętna korelowała z wynikiem ogólnym natężenia symptomów dysocjacji ( $\rho=0,29$ ;  $p<0,01$ ), a także z symptomami codziennymi ( $\rho=0,31$ ;  $p<0,01$ ) i umiarkowanymi ( $\rho=0,25$ ;  $p<0,05$ ). Postawa odosobnienia natomiast korelowała jedynie z nasileniem codziennych objawów dysocjacji ( $\rho=0,40$ ;  $p<0,01$ ).

**Tabela 33. Wyniki analizy związków pomiędzy symptomami zaburzeń dysocjacyjnych a nasileniem trybów – analizy szczegółowe (grupa III;  $N=132$ ). Współczynniki korelacji  $\rho$ -Spearmana**

Zmienne	dysocjacja ogólne nasilenie	symptomy codzienne	symptomy nasilone	symptomy rzadkie
<b>tryb unikania</b>	0,30**	0,43**	0,31**	0,16
postawa uległa i poddańcza	<b>0,24**</b>	<b>0,32**</b>	0,17	0,02
postawa obojętna	<b>0,29**</b>	<b>0,31**</b>	<b>0,25*</b>	0,19
postawa odosobnienia	0,18	<b>0,40**</b>	0,21	0,16
<b>tryb nadmiernej kompensacji</b>	0,09	-0,13	-0,07	-0,03
postawa wyższościowa	0,07	-0,16	-0,08	-0,10
postawa agresywna	0,13	-0,07	-0,07	0,05

\* istotność na poziomie  $p<0,05$ ; \*\* istotność na poziomie  $p<0,01$

Na kolejnym etapie zbadano związki pomiędzy symptomami zaburzeń dysocjacyjnych a doznawaniem przemocy w dorosłości (Tabela 34). Istotne związki zaobserwowano pomiędzy ogólnym nasileniem przemocy w dorosłości a symptomami codziennymi ( $\rho=0,26$ ;  $p<0,05$ ), z którymi korelowało również doświadczanie agresji fizycznej ( $\rho=0,30$ ;  $p<0,05$ ).

**Tabela 34. Wyniki analizy związków pomiędzy symptomami zaburzeń dysocjacyjnych a doznawaniem przemocy w dorosłości (grupa III;  $N=132$ ). Współczynniki korelacji  $\rho$ -Spearmana**

Zmienne	przemoc w dorosłości–ogólne	agresja psychiczna	agresja fizyczna	agresja seksualna
<b>dysocjacja – ogólne nasilenie</b>	0,15	0,15	0,16	0,03
symptomy codzienne	<b>0,26*</b>	0,19	<b>0,30*</b>	0,00
symptomy nasilone	0,14	0,04	0,13	0,07
symptomy rzadkie	0,16	0,19	0,18	-0,05

\* istotność na poziomie  $p<0,05$ ; \*\* istotność na poziomie  $p<0,01$

W dwunastym kroku analizy związków zbadano korelacje pomiędzy nasileniem wczesnych nieadaptacyjnych schematów a doznawaniem przemocy w dorosłości (Tabela 35). Istotne związki zaobserwowano pomiędzy ogólnym nasileniem przemocy w dorosłości a nasileniem schematów z domeny nakierowanie na innych ( $\rho=0,18$ ;  $p<0,05$ ), jak również pomiędzy agresją seksualną w dorosłości a nasileniem schematów z domeny słaba autonomia ( $\rho=0,20$ ;  $p<0,05$ ).

**Tabela 35. Wyniki analizy związków pomiędzy nasileniem wczesnych nieadaptacyjnych schematów a doznawaniem przemocy w dorosłości (grupa III;  $N=132$ ). Współczynniki korelacji  $\rho$ -Spearmana**

Zmienne	przemoc w dorosłości–ogólne	agresja psychiczna	agresja fizyczna	agresja seksualna
<b>schematy – ogólne nasilenie</b>	0,13	0,12	0,10	0,17
domena rozłączenie/odrzućenie	0,15	0,15	0,16	0,15
domena słaba autonomia	0,16	0,18	0,11	<b>0,20*</b>
domena uszkodzone granice	-0,04	-0,04	-0,07	0,03
domena nakierowanie na innych	<b>0,18*</b>	0,17	0,18	0,11
domena nadmierna czujność i zahamowane	0,10	0,07	0,01	0,15

\* istotność na poziomie  $p<0,05$ ; \*\* istotność na poziomie  $p<0,01$

W trzynastym kroku analiz korelacji badano relacje pomiędzy trybami schematów a doznawaniem przemocy w dorosłości (Tabela 36). Ogólne natężenie przemocy w dorosłości korelowało z trybem unikania ( $\rho=0,28$ ;  $p<0,01$ ), jak również trybem rodzica ( $\rho=0,18$ ;  $p<0,05$ ). Z kolei agresja fizyczna w dorosłości związana była z nasileniem trybu dziecka ( $\rho=0,20$ ;  $p<0,05$ ), trybu dziecko szczęśliwe ( $\rho=-0,19$ ;  $p<0,05$ ), jak również trybu unikania ( $\rho=0,25$ ;  $p<0,01$ ), który związany był również z nasileniem agresji seksualnej ( $\rho=0,24$ ;  $p<0,01$ ).

**Tabela 36. Wyniki analizy związków pomiędzy trybami schematów a doznawaniem przemocy w dorosłości (grupa III;  $N=132$ ). Współczynniki korelacji  $\rho$ -Spearmana**

Zmienne	przemoc w dorosłości– ogólne	agresja psychiczna	agresja fizyczna	agresja seksualna
tryb dziecka	0,21*	0,06	<b>0,20*</b>	0,12
tryb szczęśliwe dziecko	-0,13	-0,17	<b>-0,19*</b>	-0,15
tryb unikania	<b>0,28**</b>	0,12	<b>0,25**</b>	<b>0,24**</b>
tryb nadmiernej kompensacji	0,06	0,03	0,01	0,14
tryb rodzica	<b>0,18*</b>	0,05	0,10	0,15
tryb rodzic zdrowy	-0,08	-0,10	-0,11	-0,08

\* istotność na poziomie  $p<0,05$ ; \*\* istotność na poziomie  $p<0,01$

Szczegółowe analizy związków pomiędzy nasileniem trybu unikania a doświadczaniem przemocy w dorosłości ujawniły związek postawy uległej i poddańczej z ogólnym nasileniem przemocy ( $\rho=0,19$ ;  $p<0,05$ ). Ponadto, zaobserwowano związek postawy obojętnej z ogólnym nasileniem przemocy ( $\rho=0,32$ ;  $p<0,01$ ), agresją fizyczną ( $\rho=0,29$ ;  $p<0,01$ ) i seksualną ( $\rho=0,24$ ;  $p<0,01$ ) (Tabela 37).

**Tabela 37. Wyniki analizy związków pomiędzy nasileniem trybu unikania a doświadczaniem przemocy w dorosłości (grupa III; N=132). Współczynniki korelacji *rho*-Spearmana**

Zmienne	przemoc w dorosłości–ogólne	agresja psychiczna	agresja fizyczna	agresja seksualna
<b>tryb unikania</b>	0,28**	0,12	0,25**	0,24**
postawa uległa i poddańcza	<b>0,19*</b>	0,10	0,16	0,18*
postawa obojętna	<b>0,32**</b>	0,14	<b>0,29**</b>	<b>0,24**</b>
postawa odosobnienia	0,14	0,04	0,12	0,11

\* istotność na poziomie  $p < 0,05$ ; \*\* istotność na poziomie  $p < 0,01$

**Podsumowanie wyników dotyczących związków między zmiennymi.** Biorąc pod uwagę hipotezy badawcze i wyniki przeprowadzonych analiz dotyczących czynników ryzyka rewiktymizacji, najbardziej istotne wyniki w tym ustępie dotyczą następujących czynników:

- (a) doświadczanie przemocy w dzieciństwie – doświadczanie przemocy w dorosłości (przemoc fizyczna i seksualna) ,
- (b) doświadczanie przemocy w dzieciństwie – nasilenie objawów dysocjacji (objawy codzienne i nasilone),
- (c) doświadczanie przemocy w dzieciństwie – nasilenie wczesnych nieadaptacyjnych schematów (schemat nieufność/skrzywdzenie),
- (d) doświadczanie przemocy w dzieciństwie – nasilenie trybów schematów (tryb unikania),
- (e) objawy dysocjacji – nasilenie wczesnych nieadaptacyjnych schematów (schemat nieufność/skrzywdzenie),
- (f) objawy dysocjacji – nasilenie trybów unikania.

Dla porównania zdecydowałem się przeprowadzić dodatkową analizę korelacji wybranych zmiennych wśród pacjentów z grupy I, którzy doświadczyli przemocy tylko w dzieciństwie (Tabela 38). Wybór zmiennych podyktowany był zarówno założeniami teoretycznymi, jak i obrazem zależności uzyskanym dla kobiet z grupy III.

Wyniki dodatkowych analiz mogą sugerować, w jakim stopniu zaobserwowane korelacje wśród osób doświadczających rewiktylizacji są specyficzne. Nie określono związku pomiędzy przemocą w dzieciństwie i w dorosłości, ponieważ osoby badane z grupy I nie doświadczyły przemocy w dorosłości.

**Tabela 38. Wyniki analizy związków pomiędzy doświadczaniem przemocy w dzieciństwie, dysocjacją, nasileniem schematu nieufność/skrzywdzenie i trybów unikania (grupa I; N=49). Współczynniki korelacji *rho*-Spearmana**

Zmienna	1	2	3
1. przemoc w dzieciństwie – ogólne nasilenie			
2. nasilone objawy dysocjacji	0,04		
3. schemat nieufność/skrzywdzenie	0,34*	-0,03	
4. tryb unikania	0,27	0,13	0,51**

\* istotność na poziomie  $p<0,05$ ; \*\* istotność na poziomie  $p<0,01$

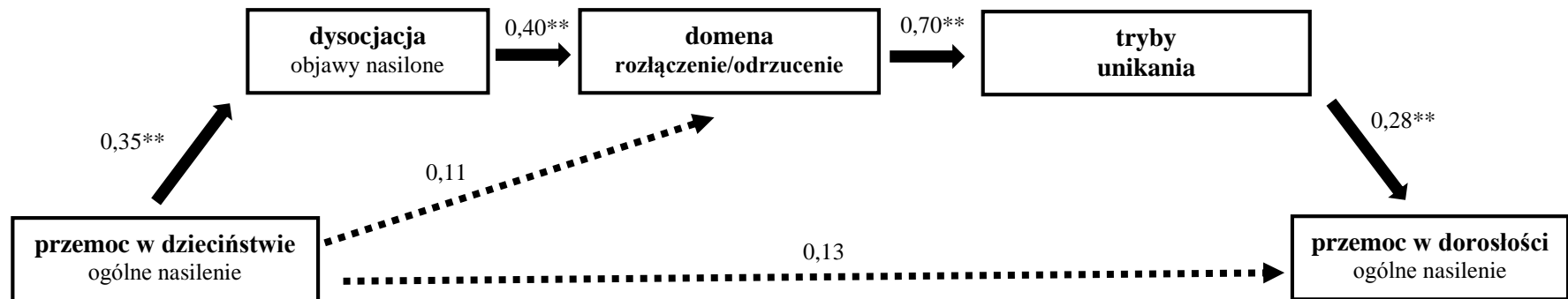
**Analiza ścieżek metodą równań strukturalnych.** W celu zweryfikowania psychologicznego mechanizmu rewiktylizacji przeprowadzono analizę ścieżek metodą równań strukturalnych (SEM). Do tego celu wykorzystano oprogramowanie IBM AMOS 27. Poziom dopasowania testowanego modelu oceniano na podstawie następujących wskaźników:  $\chi^2$ , CIMN/DF, CFI i NFI. Przyjęto, że zadowalające dopasowanie modelu zostanie uzyskane, gdy wskaźniki dopasowania przyjmą następujące wartości: CIMN/DF<2, CFI>0,95 i NFI>0,95. Wskaźniki dobrano uwzględniając rekomendacje dla małych grup ( $N<200$ ) (Bedyńska i Książek, 2012; Schreiber i in., 2006).

Testowano dwa modele, które różniły się poziomem szczegółowości włączonych czynników. W pierwszym, poza ogólnym natężeniem przemocy w dzieciństwie, nasilonymi objawami dysocjacji i nasileniem przemocy w dorosłości, uwzględniono ogólne w postaci domeny rozłączenie/odrzućcie i nasilenia trybów unikania (Rycina 5). W drugim, obok pozostałych zmiennych, uwzględniono szczegółowy schemat – nieufność/skrzywdzenie i tryb podporządkowania się schematowi (Rycina 6). Do testowanych modeli włączono zmienne, których hipotetyczna rola została wcześniej ustalona na poziomie analizy wiedzy teoretycznej. Podobnie, analizowane związki pomiędzy zmiennymi nie były przypadkowe – uwzględniono jedynie te, których istnienie

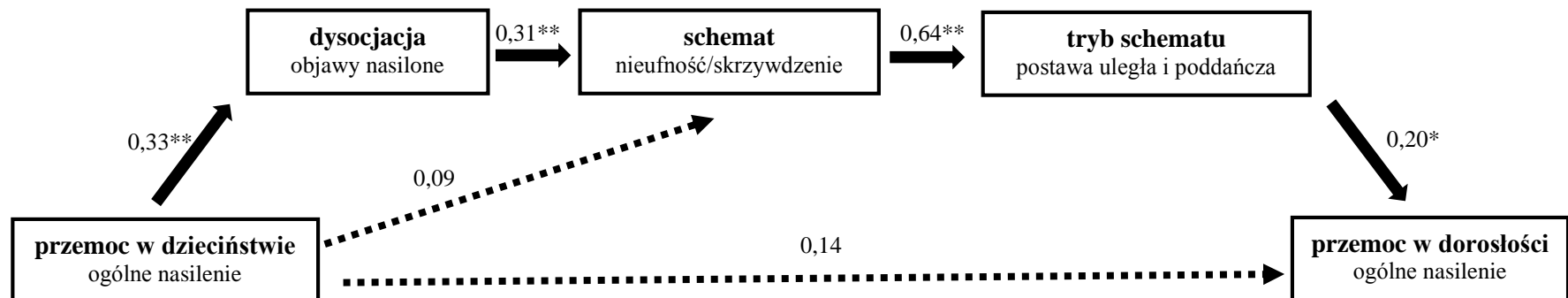
zostało teoretycznie uzasadnione (por. Rycina 3). W obu modelach podano wystandaryzowane współczynniki regresji.

W przypadku pierwszego modelu ( $df=4$ ;  $N=132$ ), okazało się, że nie występuje bezpośredni związek pomiędzy przemocą w dzieciństwie a przemocą w dorosłości ( $\beta=0,13$ ;  $p>0,05$ ). Związek ten pojawia się pośrednio, poprzez uwzględnienie 3 czynników, tj. dysocjacji ( $\beta=0,35$ ;  $p<0,01$ ), domeny rozłączenie/odrzućenie ( $\beta=0,40$ ;  $p<0,01$ ) i trybów unikania ( $\beta=0,70$ ;  $p<0,01$ ) (por. Rycina 5). Ponadto, nie wystąpił oczekiwany związek pomiędzy przemocą w dzieciństwie a nasileniem domeny rozłączenie/odrzućenie ( $\beta=0,11$ ;  $p>0,05$ ). Szczegółowe parametry modelu przedstawiono w tabeli 39. Uzyskany model prezentował satysfakcjonujące miary dopasowania, za wyjątkiem parametru RMSA, który znalazł się na granicy przyjętych norm ( $\chi^2=4,56$ ,  $p>0,05$ ; CIMN/DF=1,14; CFI=0,99; NFI=0,96).

W przypadku drugiego modelu ( $df=4$ ;  $N=132$ ) również nie obserwowano bezpośredniego związku pomiędzy przemocą w dzieciństwie a doświadczaniem przemoc w dorosłości ( $\beta=0,14$ ;  $p>0,05$ ). Związek ten pojawia się pośrednio, poprzez uwzględnienie 3 czynników, tj. dysocjacji ( $\beta=0,33$ ;  $p<0,01$ ), domeny rozłączenie/odrzućenie ( $\beta=0,31$ ;  $p<0,01$ ) i trybów unikania ( $\beta=0,64$ ;  $p<0,01$ ) (por. Rycina 6). Podobnie jak w poprzednim przypadku nie wystąpił oczekiwany związek pomiędzy przemocą w dzieciństwie a nasileniem schematu nieufność/skrzywdzenie ( $\beta=0,09$ ;  $p>0,05$ ). Parametry modelu przedstawiono w tabeli 40. Uzyskany model prezentował satysfakcjonujące parametry dopasowania ( $\chi^2=3,083$ ,  $p>0,05$ ; CIMN/DF=0,77; CFI=1,00; NFI=0,97).



Rycina 5. Psychologiczny mechanizm rewiktymizacji. Analiza równań strukturalnych. Model uwzględniający czynniki ogólne



Rycina 6. Psychologiczny mechanizm rewiktymizacji. Analiza równań strukturalnych. Model uwzględniający czynniki szczegółowe

**Tabela 39. Psychologiczny mechanizm rewiktylizacji. Model uwzględniający czynniki ogólne. Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (współczynniki regresji)**

	<b>przemoc w dzieciństwie</b>	<b>dysocjacja objawy nasilone</b>	<b>schemat nieufność/skrzywdzenie</b>	<b>tryb podporządkowania</b>
<b>efekt całkowity</b>				
dysocjacja - objawy nasilone	0,35	0,00	0,00	0,00
schemat nieufność/skrzywdzenie	0,25	0,41	0,00	0,00
tryb podporządkowania	0,17	0,28	0,70	0,00
przemoc w dorosłości	0,18	0,08	0,20	0,28
<b>efekt bezpośredni</b>				
dysocjacja - objawy nasilone	0,35	0,00	0,00	0,00
schemat nieufność/skrzywdzenie	0,11	0,41	0,00	0,00
tryb podporządkowania	0,00	0,00	0,70	0,00
przemoc w dorosłości	0,13	0,00	0,00	0,28
<b>efekt pośredni</b>				
dysocjacja - objawy nasilone	0,00	0,00	0,00	0,00
schemat nieufność/skrzywdzenie	0,14	0,00	0,00	0,00
tryb podporządkowania	0,17	0,28	0,00	0,00
przemoc w dorosłości	0,05	0,08	0,20	0,00
<b>współczynnik determinacji <math>R^2</math></b>				
dysocjacja - objawy nasilone	domena rozłączenie/odrzućenie	tryb podporządkowania się	przemoc w dorosłości	
0,12	0,21	0,49	0,11	



**Tabela 40. Psychologiczny mechanizm rewiktymizacji. Model uwzględniający czynniki szczegółowe.**  
**Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (współczynniki regresji)**

	przemoc w dzieciństwie	dysocjacja objawy nasilone	schemat nieufność/skrzywdzenie	tryb podporządkowania
<b>efekt całkowity</b>				
dysocjacja - objawy nasilone	0,33	0,00	0,00	0,00
schemat nieufność/skrzywdzenie	0,19	0,31	0,00	0,00
tryb podporządkowania	0,12	0,20	0,64	0,00
przemoc w dorosłości	0,17	0,04	0,13	0,20
<b>efekt bezpośredni</b>				
dysocjacja - objawy nasilone	0,33	0,00	0,00	0,00
schemat nieufność/skrzywdzenie	0,09	0,31	0,00	0,00
tryb podporządkowania	0,00	0,00	0,64	0,00
przemoc w dorosłości	0,14	0,00	0,00	0,20
<b>efekt pośredni</b>				
dysocjacja - objawy nasilone	0,00	0,00	0,00	0,00
schemat nieufność/skrzywdzenie	0,10	0,00	0,00	0,00
tryb podporządkowania	0,12	0,20	0,00	0,00
przemoc w dorosłości	0,02	0,04	0,13	0,00
<b>współczynnik determinacji <math>R^2</math></b>				
dysocjacja - objawy nasilone	domena rozłączenie/odrzućenie	tryb podporządkowania	przemoc w dorosłości	
0,11	0,12	0,41	0,07	

## Rozdział 6. Wnioski

Wiedza płynąca z doniesień badawczych i refleksji teoretycznej umożliwiła wyodrębnienie hipotetycznie powiązanych ze sobą czynników, które mogą odgrywać rolę w psychologicznym mechanizmie rewiktylizacji (Rycina 2, Rycina 3). Dla zweryfikowania wartości naukowej opracowanych modeli sformułowano dwa ogólne cele, które miały zostać osiągnięte w wyniku przeprowadzonych analiz:

- (1) wskazanie na psychospołeczne czynniki ryzyka rewiktylizacji w grupie kobiet;
- (2) weryfikacja psychospołecznego mechanizmu prowadzącego do wystąpienia rewiktylizacji.

W prezentowanym rozdziale została zawarta interpretacja uzyskanych wyników z podziałem na oba wyróżnione cele. Ponadto, kluczowe wnioski przedstawiono na tle dotychczasowej wiedzy klinicznej.

### 6.1. Psychospołeczne czynniki ryzyka rewiktylizacji w grupie kobiet

**Przemoc w dzieciństwie.** Na podstawie dostępnych wyników badań i refleksji teoretycznej zakładano, że samo doświadczenie wydarzenia potencjalnie traumatycznego nie musi oznaczać wystąpienia podatności do powtarzania wydarzeń traumatycznych na dalszych etapach życia. Dlatego oczekiwano, że forma i nasilenie doświadczanej przemocy w dzieciństwie nie będą stanowiły specyficznego czynnika ryzyka wystąpienia rewiktylizacji.

Porównania wykonane pomiędzy kobietami, które doświadczyły przemocy w rodzinie pochodzenia (grupa 1), a kobietami, które doświadczyły przemocy zarówno w dzieciństwie, jak i w dorosłości (grupa 3) nie wykazały istotnych różnic w zakresie nasilenia doznanej przemocy. Brak istotnych różnic (Tabela 16) zaobserwowano we wszystkich badanych formach przemocy (tj. przemoc emocjonalna, fizyczna, seksualna, zaniedbanie emocjonalne, zaniedbanie fizyczne).

Opisywane rezultaty są zgodne z oczekiwaniami. Uzyskany wynik podpira hipotezę, że samo zaistnienie wydarzenia potencjalnie traumatycznego jeszcze nie musi świadczyć o powstaniu urazu psychicznego ani prognozować kierunku długofalowych konsekwencji, takich jak np. nieprawidłowy rozwój osobowości czy wystąpienie

podatności do powtarzania wydarzeń traumatycznych. Prawdopodobnie lepszym predyktorem konsekwencji psychicznych wydarzeń potencjalnie traumatycznych od charakterystyki danego wydarzenia może być jakość bezpośredniej reakcji osobowości na powstałe wydarzenie (np. w postaci wcześniej niewystępujących symptomów), wynikająca zarówno z jego właściwości, jak i z indywidualnych predyspozycji pacjenta oraz towarzyszących okoliczności zewnętrznych. Kwestia ta została podjęta w kolejnym pytaniu badawczym.

Należy podkreślić, że podobieństwo porównywanych grup pod względem charakteru doświadczanego wydarzenia uprawomocnia testowane w tej pracy założenie, że różnice w konsekwencjach wydarzeń potencjalnie traumatycznych (przemocy w rodzinie) nie muszą wynikać jedynie z charakteru doświadczanego wydarzenia, lecz z innych czynników, w tym procesu poznawczej i emocjonalnej reakcji na takie doświadczenie i intrapsychicznych sposobów opracowania go, w tym nadania mu znaczenia.

**Zaburzenia dysocjacyjne.** Na etapie projektowania badania zakładano, że osoby z grupy 3 będą różnić się istotnie od osób z grupy 1 pod względem reakcji psychicznej następującej bezpośrednio po doświadczeniu potencjalnie traumatycznym, mierzonej nasileniem objawów zaburzeń dysocjacyjnych. Pojawienie się w następstwie trudnego wydarzenia nieistniejących wcześniej symptomów mogło świadczyć o urazowym charakterze danego doświadczenia. W przypadku badanej populacji podejrzewano, że grupa pacjentów, którzy doświadczyli rewiktymizacji, będzie prezentować istotnie wyższe natężenie tego typu objawów, w szczególności objawów nasilonych, w skład których wchodzi depersonalizacja i derealizacja.

Wyniki przeprowadzonych analiz nie potwierdziły sformułowanych wcześniej założeń. Nie zaobserwowano żadnej istotnej różnicy w zakresie natężenia objawów zaburzeń dysocjacyjnych. Innymi słowy, pacjenci doświadczający rewiktymizacji prezentowali podobne nasilenie symptomów jak pacjenci będący ofiarami przemocy jedynie w dzieciństwie.

Możliwe, że brak potwierdzenia przyjętej hipotezy może wynikać z przynajmniej trzech czynników:

- (1) objawy psychopatologiczne, które występują bezpośrednio po doświadczeniu traumatycznym, nie są dobrym predyktorem długofalowych zmian psychiki; być może nie istnieje jeden ogólny wskaźnik w postaci specyficznej grupy

symptomów, ale każdy pacjent ze względu na własną konstrukcję psychiczną reaguje indywidualnie w obliczu doświadczenia potencjalnie traumatycznego;

- (2) różnica *de facto* istnieje, jednak nie została wykazana w przeprowadzonych analizach ze względu na specyfikę grupy porównawczej (grupa 1);
- (3) możliwe, że wskaźnik sam w sobie jest trafny, jednak sposób jego pomiaru był niedoskonały, tj. nie umożliwił obserwacji zniuansowanych różnic.

Na podstawie zebranych danych nie można w pełni rozstrzygnąć przedstawionego dylematu. Przypuszczam, że pojawienie się objawów psychopatologicznych w wyniku doświadczenia budzącego silną reakcję emocjonalną można uznać z dużym prawdopodobieństwem za wskaźnik przemawiający za tym, że doświadczenie to zostawiło po sobie ślad w psychice. Przemawiają za tym zarówno obserwacje kliniczne, jak i wyniki badań z obszaru psychopatologii rozwojowej (Liotti, Farina, 2017). Z tej perspektywy prawdopodobna wydaje się sytuacja, w której wskaźnik w postaci objawów zaburzeń dysocjacyjnych sam w sobie jest trafny, jednak sposób jego pomiaru był niedoskonały i nie ujawnił faktycznie istniejących różnic. Wskazanie, na ile przedstawiona argumentacja jest zasadna, wymagała zweryfikowania jej w odrębnym projekcie badawczym. Niemniej jednak, jeżeli założenia o zaburzeniach dysocjacyjnych, jako czynnika ryzyka rewiktymizacji są błędne, to należałoby poszukiwać innego specyficznego wskaźnika, który mógłby wyjaśnić, dlaczego ludzie pomimo zbliżonych wydarzeń (podobna przemoc w dzieciństwie) doświadczają odmiennych ich skutków (np. rozwijają wczesne nieadaptacyjne schematy o różnym nasileniu, czy różną się ryzykiem doznania rewiktymizacji).

**Wczesne nieadaptacyjne schematy.** Na tym etapie planowano wskazać na charakterystyczne schematy poznawcze, jakie wyróżniają pacjentów doświadczających rewiktymizacji.

Zakładano, że badane kobiety z grupy 3 będą istotnie różnić się od tych z grup 1 i 2, zwłaszcza pod względem nasilenia schematów z domeny rozłączenie/odrzućcie. Autorzy teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów przypuszczali, że schematy z tej domeny mogą nasilać się właśnie w wyniku doświadczeń związanych z przemocą w rodzinie. Agresja i poważne zaniedbania doświadczane ze strony bliskich stwarzają ryzyko, że tego typu wydarzenia zostaną utrwalone jako przekonania i oczekiwania, jakie ma dany pacjent w stosunku do osób ze swojego otoczenia. Kluczowe znaczenie w tym

wypadku miał mieć schemat nieufność/skrzywdzenie, który, jak zakładano, może być bezpośrednio związany m.in. wysokim ryzykiem rewiktymizacji (m.in. Atmaca, Gençöz, 2016; Gay i in., 2013; Wright i in., 2009; Young i in., 2014).

Wyniki porównań międzygrupowych wykazały istotne różnice zachodzące w natężeniu wczesnych nieadaptacyjnych schematów w porównywanych grupach. W większości analizowanych przypadków pacjentki doświadczające rewiktymizacji prezentowały znacznie bardziej nasilone EMS od kobiet, które doświadczyły przemocy tylko w wieku dorosłym. Różnica wystąpiła w natężeniu ogólnym oraz w niemal wszystkich schematach z domeny rozłączenie/odrzućenie, w schemacie zależność/niekompetencja (domena słaba autonomia) i schemacie podporządkowanie się (domena nakierowanie na innych). Z kolei, tylko w jednym przypadku jednak, tj. w schemacie nieufność/skrzywdzenie (domena rozłączenie/odrzućenie), wynik kobiet doświadczających rewiktymizacji był zdecydowanie wyższy w porównaniu do kobiet, które doświadczyły przemocy jedynie w dzieciństwie (grupa 1) i osób, które doświadczyły przemocy jedynie w dorosłości (grupa 2). Miara wielkości efektu wskazuje na różnicę umiarkowaną.

Różnice pomiędzy grupą 3 a grupą 2, wspierają opisaną doniesieniach badawczych tezę, że doświadczanie przemocy na wczesnym etapie rozwoju człowieka może mieć bardziej negatywne konsekwencje psychologiczne od doświadczenia tego typu wydarzeń na dalszych etapach życia. Uznaje się, że kluczowym czynnikiem pozostaje tutaj dojrzałość osobowości. W dorosłości, kiedy to osobowość jest już zasadniczo uformowana i ma większe zdolności do poznawczego i emocjonalnego opracowywania doświadczeń, tego typu trudne wydarzenia mają mniejszy wpływ na budowanie przekonań o sobie i otaczającym świecie (np. Cierpiakowska, Grzegorzewska, 2016; Liotti, Farina, 2017).

Z kolei, ogólny brak różnic w nasileniu schematów między osobami doświadczającymi rewiktymizacji (grupa 3) a osobami doświadczającymi przemocy w dzieciństwie (grupa 1) sugeruje, że poznawcze aspekty osobowości, w tym wypadku przekonania o sobie, innych i otaczającym świecie, podobnie zmieniają się w wyniku doświadczenia przemocy w rodzinie pochodzenia.

Należy podkreślić, że najważniejsze dla przeprowadzonego projektu są istotne różnice pomiędzy osobami doświadczającymi rewiktymizacji a obiema pozostałymi

grupami. Uzyskane rezultaty wskazują na taką różnicę jedynie w nasileniu schematu nieufność/skrzywdzenie (domena rozłączenie/odrzućenie). Wynik sugeruje, że kobiety doświadczając rewiktymizacji silniej od innych rozwijają negatywistyczne przekonanie o jakości relacji z innymi ludźmi – zwłaszcza w zakresie tego, jak i na ile osoby bliskie będą zaspokajały ich (tj. pacjentów) potrzeby emocjonalne (w tym m.in. potrzeby bliskości, bezpieczeństwa, stabilności, troski i szacunku). Na poziomie szczegółowych przekonań, kluczowy okazuje się schemat nieufność/skrzywdzenie. W centrum tego schematu leży sztywne przekonanie, że zostanie się źle potraktowanym i zranionym przez inne bliskie osoby, które w oczekiwaniu pacjenta stanowią źródło potencjalnej krzywdy i wykorzystania. Pacjenci, którzy posiadają wysoko nasilony schemat nieufność/skrzywdzenie są mocno przekonani o wrogości innych, nawet jeżeli nie doświadczają niczego, co mogłoby to przekonanie potwierdzać. Należy zaznaczyć, że samo posiadanie takiego schematu nie świadczy jeszcze o wystąpieniu danego zachowania, tutaj ryzyka wystąpienia rewiktymizacji np. poprzez zaangażowanie w ryzykowne relacje. W zależności od funkcjonalnych aspektów osobowości, tj. od dominujących trybów schematów, w analizowanym przypadku nasilenia schematu nieufność/skrzywdzenie możliwe są trzy scenariusze:

- (1) postawa uległa i poddańcza (styl podporządkowania) – zachowanie zgodne z treścią schematu, tj. dążenie do potwierdzenia własnego obrazu świata; m.in. nieintencjonalne angażowanie się w relacje obarczone wysokim ryzykiem doznania odrzucenia, krzywdy i wykorzystania, pozostawanie w krzywdzących relacjach;
- (2) postawa obojętna, postawa odosobnienia (styl unikania) – unikanie okoliczności, w których mogłoby dojść do potwierdzenia treści schematu; m.in. rezygnacja z kontaktów międzyludzkich, zachowywanie rezerwy i dystansu;
- (3) postawa wyższościowa i agresywna (styl nadmiernej kompensacji) – zaprzeczanie tendencjom poprzez zachowywanie się na przekór własnemu obrazowi świata; m.in. przejawianie zachowań agresywnych wobec innych osób.

W celu rozstrzygnięcia, który repertuar zachowania jest bardziej prawdopodobny, przeprowadzono porównania międzygrupowe w zakresie dominujących trybów schematów.

**Tryby schematów.** Na etapie formułowania hipotez badawczych zakładano, że osoby z grupy 3 będą różnić się od osób z grup 1 i 2 pod względem nasilenia trybu unikania (w tym postaw: (a) uległa i poddańcza, (b) obojętna i postawa odosobnienia). W teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów poznawczych (EMS) (Young, 1994) tryb schematu występuje jako funkcjonalna część osobowości, która stanowi o ekspresji posiadanych schematów w formie danego repertuaru zachowania. Przypuszczano, że skłonność do aktywowania trybów, które związane są z dążeniem do potwierdzania własnych przekonań o sobie i świecie, jak również z zaprzeczeniem przeżywanych stanów emocjonalnych, może znacząco zwiększać ryzyko wystąpienia rewiktymizacji. W oparciu o wiedzę teoretyczną (Arntz, van Genderen, 2009) zakładano, że wśród osób doświadczających zjawiska rewiktymizacji będzie występowało wyższe niż w innych grupach natężenie specyficznej grupy trybów związanych z potwierdzaniem schematu (postawa uległa i poddańcza) i z jego unikaniem (postawy: obojętna, odosobnienia).

Porównania międzygrupowe wykonane na kobietach, które doznały przemocy w dzieciństwie (grupa 1), dorosłości (grupa 2), jak również tych, które doświadczyły rewiktymizacji (grupa 3), ujawniły istotne różnice w poziomie natężenia nieadaptacyjnych trybów. Różnice odnotowano w zakresie zarówno trybów, jak i pojedynczych postaw.

Na poziomie trybu istotne różnice wystąpiły w natężeniu trybu unikania; miara wielkości efektu wskazała na wystąpienie małej różnicy. Szczegółowe analizy ujawniły natomiast, że w ramach tego trybu wystąpiły różnice międzygrupowe w przypadku dwóch z trzech postaw, tj. postawy uległej i poddańczej (wynik grupy 3 znacznie różnił się od wyniku grup 1 i 2), postawy obojętnej (wynik grupy 3 znacznie różnił się od wyniku grupy 2). Różnice wystąpiły również w innych trybach, ale dla sformułowanych hipotez ich znaczenie było niewielkie.

Otrzymane wyniki w dużym stopniu pokrywają się z oczekiwaniami sformułowanymi w oparciu o własne wnioski z syntezy na temat skutków wydarzeń traumatycznych oraz na podstawie założeń teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów (Arntz, van Genderen, 2009). Dla przeprowadzonych badań szczególnie istotne wydają się wyniki dotyczące trybu unikania. Tryb ten odpowiada dwóm z trzech stylów radzenia sobie ze schematami:

- postawa uległa i poddańcza – styl podporządkowania (zachowanie zgodne z treścią schematu);
- postawa obojętna, postawa odosobnienia – styl unikania (unikanie okoliczności, w których mogłoby dojść do potwierdzenia treści schematu).

Z kolei o wystąpieniu nadmiernej kompensacji możemy wnioskować na podstawie wyników w innym trybie, tj. trybie nadmiernej kompensacji (zachowanie przeciwne do treści schematu).

Na podstawie wyników uzyskanych w przeprowadzonym badaniu możemy oszacować, jakie zachowania względem posiadanych schematów mogą dominować w repertuarze danej grupy pacjentów. Bardziej rozwinięta postawa uległa i poddańcza w grupie 3 niż w grupach 1 i 2 wskazuje na większe tendencje pacjentów doświadczających rewiktyimizacji do zachowania zgodnie z posiadanymi wczesnymi nieadaptacyjnymi schematami. W analizowanym przypadku przy nasileniu schematu nieufność/skrzywdzenie możemy przypuszczać, że pacjenci mogą dążyć do potwierdzenia swojego obrazu świata i innych osób, co może mieć miejsce na różne sposoby, m.in. poprzez angażowanie się w niekorzystne dla siebie relacje z innymi ludźmi, w których istnieje wysokie ryzyko bycia źle potraktowanym, np. zaangażowanie w związki z osobami niestabilnymi emocjonalnie, skłonny do agresji czy przejawiającymi objawy zaburzeń psychicznych.

Odtworzenie zapisanych w schematach wczesnych doświadczeń z bliskimi, mimo że często są to scenariusze skrajnie niekorzystne, może wywołać subiektywne poczucie zrozumiałości świata – szczególnie gdy doświadczenia życiowe, choć negatywne, korespondują z przeżywanymi uczuciami oraz z przekonaniami. Z perspektywy emocjonalnej wśród pacjentów cierpiących na poważne zaburzenia osobowości bardziej dezorganizujące mogą być sytuacje, w których pomimo braku przesłanek pacjent ma sztywne poczucie, że inne osoby dążą do jego wykorzystania i skrzywdzenia. Brak potwierdzenia swoich przekonań i uczuć w codziennym doświadczeniu musiałby budzić lęk i niepokój, że pacjent w takim razie niepoprawnie przeżywa otaczającą rzeczywistość. Powtórzenie zapisanego w schematach i trybach scenariusza, nawet mimo jego dramatycznego przebiegu, może zasadniczo zmniejszać przeżywany dysonans poznawczy, a tym samym obniżać lęk pacjenta (Gabbard, 2014; Young i in., 2014).



Wskazanie w wyniku porównań międzygrupowych na znaczenie schematu nieufność/skrzywdzenie i tryb podporządkowania w występowaniu zjawiska rewiktymizacji potwierdza założenia teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów. Zweryfikowano założenia teoretyczne dotyczące długofalowych następstw doznawania przemocy w dzieciństwie (Arntz, van Genderen, 2009; Young i in., 2014).

## **6.2. Psychospołeczny mechanizm rewiktymizacji**

Na ostatnim etapie analiz wyników przeprowadzono weryfikację hipotetycznego mechanizmu rewiktymizacji. Zbadane zostały wzajemne związki pomiędzy następującymi czynnikami: wydarzeniem potencjalnie traumatycznym, objawami zaburzeń dysocjacyjnych oraz długofalowymi następstwami psychologicznymi w postaci wczesnych nieadaptacyjnych schematów i trybów.

Na podstawie wcześniejszych doniesień badawczych przypuszczano, że doświadczenie przemocy w dzieciństwie może prowadzić bezpośrednio do rozwoju schematów z domeny rozłączenie/odrzućcie, w tym schematu nieufność/skrzywdzenie (m.in. Crawford, Wright, 2007; Gay i in., 2013; Sieński i in., 2018). Jeżeli chodzi o tryby schematów, brakuje pogłębionych studiów nad ich genezą. Na poziomie rozważań teoretycznych wskazuje się jednak na hipotetyczną rolę wydarzeń traumatycznych w ich formowaniu (Young i in., 2014). Ponadto analiza literatury dotyczącej konsekwencji wydarzeń traumatycznych pozwala domniemywać, że w tym związku ważną rolę mogą odgrywać zaburzenia dysocjacyjne (m.in. Acierno i in., 1999; Chu, 1992; Kluft, 1989). Ponadto, wyniki badań i refleksja teoretyczna sugerują istnienie związku przemocy i dysocjacji z rozwojem trybów podporządkowania i unikania schematu (Tjaden, Thoennes, 2000; Widom, 1989; Young i in., 2014). Na prezentowanym etapie analiz zweryfikowano założenia zarówno o występowaniu wzajemnych związków pomiędzy opisanymi czynnikami, jak również kierunku tych zależności.

**Analiza korelacji.** Wyniki przeprowadzonych analiz ujawniły zasadniczy brak bezpośredniego związku pomiędzy przemocą w dzieciństwie i w dorosłości. Słaby związek pojawił się jedynie w zakresie doznawania w dzieciństwie przemocy fizycznej i seksualnej. Może to sugerować, że właśnie te formy przemocy mają najdalej idące konsekwencje w postaci wzrostu ryzyka rewiktymizacji, co doczekało się wcześniejszego udokumentowania w badaniach (np. Banyard, i in., 2002). Zaobserwowane wyniki

wspierają wcześniejsze założenie o tym, że nie każda przemoc musi mieć charakter traumatyczny. Rodzi to jednocześnie pytania o czynniki pośredniczące, które mogłyby powiązać ze sobą przemoc w dzieciństwie i dorosłości.

Ponadto, uzyskane wyniki potwierdziły założenia dotyczące związku doświadczania przemocy z zaburzeniami dysocjacyjnymi. Okazuje się, że przemoc emocjonalna i fizyczna w podobny sposób koreluje z rozwojem codziennych objawów dysocjacji. Przy czym przemoc fizyczna wiązała się również z symptomami nasilonymi zaburzeń dysocjacyjnych (tj. głównie derealizacji i depersonifikacji).

Otrzymany wynik na tle refleksji teoretycznej sugeruje, że doświadczenie przemocy w dzieciństwie może wywoływać bezpośredni skutek w postaci objawów zaburzeń dysocjacyjnych. Wystąpienie wspomnianych objawów potwierdza, że w wyniku doświadczanej sytuacji trudnej doszło do destabilizacji osobowości (m.in. Classen, Koopman, Spiegel, 1993).

Ponadto zgodnie z przewidywaniami doświadczanie przemocy wiązało się z nasileniem wszystkich schematów z domeny rozłączenie/odrzućenie. Uzyskane wyniki potwierdzają założenia teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów. Zakłada ona, że dany nieadaptacyjny schemat rozwija się pod wpływem realnych doświadczeń życiowych. Szczególnie istotne są doświadczenia z okresu dzieciństwa, które wyznaczają kierunek interpretacji kolejnych życiowych doświadczeń. W wypadku, gdy przekonania te rozwiną się wystarczająco, nastąpi ich stabilizacja i usztywnienie w taki sposób, że pacjent w niejasnej interpretacyjnie sytuacji będzie skory do rozumienia jej zgodnie z treścią schematów lub – w drugim scenariuszu – może podejmować takie decyzje życiowe, które potwierdzą przekonania (Young i in., 2014). W analizowanym przypadku doświadczenie w okresie dzieciństwa przemocy i zaniedbania przełożyło się na rozwój wszystkich schematów z domeny rozłączenie/odrzućenie, tj. opuszczenie/niestabilność więzi, nieufność/skrzywdzenie, deprywacja emocjonalna, wadliwość/wstyd, izolacja społeczna/wyobcowanie.

Przekonania osoby, która posiada nasilone schematy z domeny rozłączenie/odrzućenie mogą zawierać następujące treści:

- postrzeganie innych, jako niezdolnych dostarczyć wsparcia i bliskości emocjonalnej; przekonanie, że nie można polegać na bliskich, ponieważ są to osoby niestabilne emocjonalnie i nieprzewidywalne; obawa przed porzuceniem, jak również pozbawieniem opieki i wsparcia;

- oczekiwanie celowego skrzywdzenia i wykorzystania;
- przekonanie o własnym defekcie, który wywołuje poczucie niedowartościowania, bycia złym i niechcianym; lęk przed utratą miłości w sytuacji ujawnienia defektu; wstyd z powodu odbierania swoich cech jako wad;
- przekonanie dotyczące wyobcowania, odmienności od innych ludzi, braku przynależności.

Wartości współczynników korelacji pomiędzy doświadczoną przemocą a rozwojem schematów z domeny rozłączenie/odrzućcie wskazywały na wystąpienie niskiej zależności. Samo wystąpienie przemocy czy poważnego zaniedbania nie jest bowiem czynnikiem wystarczającym do rozwoju wczesnych nieadaptacyjnych schematów. Zakłada się, że w tym procesie istotne będą również inne czynniki środowiskowe, np. stopień zaspokojenia potrzeb fizycznych i emocjonalnych pomimo doświadczania przemocy, wystąpienie stabilnych relacji z innymi osobami, uzyskanie wsparcia w kluczowych dla rozwoju momentach. Nie można zapominać również o pewnych właściwościach podmiotowych, które mogą odgrywać ważną rolę w tym procesie, takich jak np. cechy temperamentu (Berzenski., Yates, 2010; Young i in., 2014). Badania nad interakcją temperamentu z doświadczeniem silnego stresu wskazują, że niektóre cechy temperamentu (np. zwawość i wytrzymałość) mogą predysponować do lepszego emocjonalnego radzenia sobie z wydarzeniami traumatycznymi. Z kolei wysoka perseweratywność i reaktywność emocjonalna mogą wpływać na wystąpienie negatywnych psychologicznych konsekwencji takich wydarzeń (Strelau, Zawadzki, 2005). Uwzględnienie w badaniu większej liczby zarówno czynników środowiskowych, jak i podmiotowych mogłoby pozwolić na ustalenie znaczenia każdej z tych grup dla powstawania EMS.

Tymczasem uzyskane wyniki nie potwierdziły istnienia związku doświadczania przemocy z nasileniem trybów schematów, tj. trybu unikania i trybu nadmiernej kompensacji. Jedyną istotną korelację stanowił ujemny związek zaniedbania emocjonalnego z nasileniem trybu nadmiernej kompensacji. Związek ten sugeruje, że im silniejsze zaniedbanie emocjonalne, tym mniejsze zdolności kompensacji posiadanych przekonań poprzez myśli i zachowania, które mogą im przeczyć, a przy tym dystansować od posiadanego negatywnego obrazu siebie i świata. Należy także zaznaczyć, że analiza korelacji ujawniła istnienie pojedynczych związków pomiędzy zmiennymi, jednak nie były one ważne z perspektywy sformułowanych hipotez, np. związek przemocy

emocjonalnej z trybem zdrowy rodzic bądź ich wystąpienie trudno jest wytłumaczyć w ramach przyjętych ram teoretycznych.

Uzyskane wyniki zachęcają do dalszej eksploracji genezy trybów schematów. Brak bezpośredniego związku wydarzenia potencjalnie traumatycznego z nasileniem trybów unikania i nadmiernej kompensacji może sugerować, że te kluczowe dla zachowania pacjentów doświadczających rewiktymizacji tryby rozwijają się w oparciu o inne czynniki. Przypuszcza się, że ważna może być tutaj interakcja doświadczeń życiowych z czynnikami wrodzonymi, takimi jak cechy temperamentu.

Ponadto przeprowadzone analizy wskazały na związek zaburzeń dysocjacyjnych z rozwojem schematów z domeny rozłączenie/odrzućcie. Szczególnie ważna wydaje się relacja zachodząca między objawami dysocjacji i nasileniem wszystkich schematów z tej domeny, w tym schematu nieufność/skrzywdzenie. Dodatkowo zwraca uwagę korelacja symptomów dysocjacji z nasileniem trybu unikania. Szczegółowe analizy pozwoliły odkryć związki codziennych symptomów dysocjacji z nasileniem postawy uległej i poddańczej, jak również obojętnej i postawy odosobnienia.

Uzyskane wyniki wskazują na związek objawów zaburzeń dysocjacyjnych z nasileniem niemal wszystkich domen wczesnych nieadaptacyjnych schematów. Uzyskany wynik nabiera dużego sensu, gdy zostanie zinterpretowany na tle mierzonych objawów zaburzeń dysocjacyjnych, wśród których uwzględniono m.in. niepamięć codziennych czynności i wydarzeń, epizody derealizacji, depersonifikacji czy zaburzenia tożsamości. Biorąc pod uwagę daleko idące trudności poznawcze i emocjonalne, jakie wiążą się z wystąpieniem zaburzeń dysocjacyjnych, przypuszcza się, że może ona odpowiadać m.in. za sztywność posiadanych schematów poznawczych. Mechanizm dysocjacji, wraz z zaburzeniami pamięci, depersonifikacją i derealizacją wpłynie na wybiórczą pamięć traumatycznego wydarzenia oraz nieadekwatne opracowanie go poznawcze i emocjonalne (Classen, Koopman, Spiegel, 1993; DePrince, Freyd, 2007). Proces ten sprawi, że trudniejsza będzie zmiana danego przekonania poprzez włączanie przeżyć, które mogą przeczyć istniejącym schematom.

Zakłada się także, że dysocjacja odgrywa ważną rolę w rozwoju trybów schematów. Opisy kliniczne pacjentów cierpiących na zaburzenia dysocjacyjne wskazują na występowanie dużej zmienności w ich zachowaniu i sposobie przeżywania. U tych pacjentów może następować zaangażowanie, jak również zaabsorbowanie emocjonalne

sytuacją, która przypomina doświadczone wydarzenie traumatyczne, naprzemiennie z epizodami wycofywania się z funkcjonowania społecznego lub zaangażowania emocjonalnego w życie codzienne (Chu, 1992). Opisy pozostają wyraźnie podobne do zmian zachowania obserwowanych u pacjentów doświadczających rewiktymizacji (Herman, 2004; Walker, 2016). Z tego powodu przypuszcza się, że zaburzenia dysocjacyjne mogą leżeć u podstaw zarówno rozwoju trybów schematów związanych z potwierdzaniem i unikaniem schematu, co znalazło potwierdzenie w wynikach przeprowadzonych analiz korelacji. Niemniej jednak, należałoby przeprowadzić dodatkowe analizy, które wskazałyby na czynniki wyjaśniające genezę trybów schematów. Wtedy uwzględniając w badaniach objawy zaburzeń dysocjacyjnych pośród innych istotnych czynników (m.in. temperamentu) można by oszacować ich realną rolę (Arntz, van Genderen, 2016).

**Analiza ścieżek.** W drugim kroku analiz związków pomiędzy zmiennymi, przeprowadzono analizę ścieżek metodą równań strukturalnych. Umożliwiło to zweryfikowanie hipotetycznego mechanizmu łączącego przemoc w dzieciństwie, objawy zaburzeń dysocjacyjnych, wczesne nieadaptacyjne schematy i tryby z doświadczaniem przemocy w dorosłości. Analiza została przeprowadzona na grupie kobiet, które doświadczyły rewiktymizacji. Zaprojektowano dwa modele. W pierwszym modelu uwzględniono czynniki ogólne tj. domenę rozłączenie/odrzućenie i ogólną kategorię trybów unikania. W kroku drugim testowano model uwzględniając czynniki szczegółowe, tj. schemat nieufności/skrzywdzenie i tryb podporządkowania się schematowi.

Otrzymane wyniki zarysowują porządek przyczynowo-skutkowy wydarzeń społecznych (przemoc) i procesów psychicznych (objawy dysocjacji, schematy i tryby), który prowadzi do wystąpienia rewiktymizacji. Okazało się, że ogólne nasilenie przemocy w dzieciństwie nie pozwala przewidzieć doświadczania przemocy w dorosłości. Związek pomiędzy przemocą w dzieciństwie, a tą doświadczoną w dorosłości pojawił się dopiero przy wystąpieniu interakcji trzech pośredniczących czynników, tj. nasilonych objawów zaburzeń dysocjacyjnych, domeny rozłączenie/odrzućenie i trybów unikania schematu. Oznacza to, że do rewiktymizacji może dojść wtedy, gdy w wyniku doświadczonej przemocy pojawią się objawy zaburzeń dysocjacyjnych, które, z kolei, wezmą udział w nasileniu i utrwaleniu schematów z domeny rozłączenie i odrzućenie (w szczególności schematu nieufności/skrzywdzenie). Zapisane w nich przekonania tylko

wtedy przyczynią się do wystąpienia przemocy w dorosłości, gdy wraz z nimi zaaktywizowany zostanie tryb podporządkowania się schematowi.

Prawdopodobnie, wśród kobiet, które doświadczyły rewiktylizacji, przemoc w dzieciństwie znacząco zaburzyła funkcjonowanie ich osobowości na wczesnym etapie rozwoju. W prowadzonych badaniach zakładano, że traumatyczne doświadczenie może wpływać na funkcjonowanie pacjentów dwutorowo. Z jednej strony treść wydarzenia może zapisywać się w postaci wczesnych nieadaptacyjnych schematów – w szczególności schematu nieufność/skrzywdzenie. Z drugiej prowadzić do wystąpienia objawów zaburzeń dysocjacyjnych. Przeprowadzone badania potwierdziły w badanej grupie jedynie związek pomiędzy przemocą a zaburzeniami dysocjacyjnymi. Prawdopodobnie brak istotnego związku pomiędzy przemocą a schematem nieufność/skrzywdzenie może brać się z tego, że schemat stanowi uogólnione, subiektywne przetworzenie doświadczonej sytuacji. Z tego powodu treść schematu może być jedynie ogólnie podobna do doświadczenia, które leżało u jego podstaw, co może wpłynąć na wyniki analizy związków.

Wystąpienie objawów zaburzeń dysocjacyjnych stanowi sygnał, że doświadczona przemoc poważnie zaburzyła funkcjonowanie osobowości. Podobne symptomy obserwowane są również w innych populacjach pacjentów doświadczających traumy psychologicznej, np. wśród części weteranów oraz ofiar wypadków komunikacyjnych (np. Van der Kolk, 2003). Podejrzewa się, że symptomy szczególnie pod postacią depersonalizacji i derealizacji mogą brać udział w sztywnym zapisaniu doświadczonego traumatycznego przeżycia w postaci wczesnych nieadaptacyjnych schematów (tj. trwałego obrazu siebie, świata i innych osób), przy jednoczesnym utrudnieniu modyfikacji ich treści poprzez włączanie doświadczeń, które mogłyby odmienić treść posiadanych schematów (Chu, 1992; Kluft, 1989). Depersonalizacja i derealizacja mogą poważnie zaburzać rozpoznawanie swoich stanów emocjonalnych, jak również utrudniać rozeznanie i ocenę napotykaných sytuacji społecznych – zarówno tych pozytywnych, które mogłyby zmodyfikować posiadane schematy, jak i tych negatywnych, które mogą nieść realne zagrożenie dla ich zdrowia i życia (Gabbard, 2014). Z tych powodów podejrzewa się, że rola objawów zaburzeń dysocjacyjnych może być kluczowa dla formowania i usztywniania wczesnych nieadaptacyjnych schematów a przez to pośrednio odpowiadać za występowanie zjawiska rewiktylizacji.

Związek posiadanego schematu nieufność/skrzywdzenie z trybem podporządkowania nie zaskakuje. Potwierdza to wcześniejsze założenia, że tendencja do doświadczania rewiktymizacji może się wiązać z posiadaniem schematu nieufność/skrzywdzenie wraz ze skłonnością do aktywizacji wraz z nim trybu podporządkowania się schematowi. Podejrzewa się, że w badanej grupie może dochodzić do aktywizacji również innych trybów unikania schematu. Niemniej jednak nie będą miały one bezpośredniego wpływu na doświadczenie rewiktymizacji, choć mogą stanowić ważny element charakterystyki ogólnego sposobu funkcjonowania emocjonalnego osób doświadczających rewiktymizacji (np. Herman, 2004).

Uzyskane wyniki zweryfikowały teoretyczne założenia dotyczące mechanizmu powtarzania wydarzeń traumatycznych, w szczególności roli schematu nieufność/skrzywdzenie i trybu podporządkowania w tym procesie. Zgodnie z teorią wczesnych nieadaptacyjnych schematów doświadczanie przemocy w dzieciństwie zapisuje się w postaci EMS. Następnie, przy wystąpieniu negatywnych okoliczności, specyficzny sposób postrzegania siebie, innych i świata wyznaczony przez posiadane EMS bierze udział w powstawaniu zjawiska rewiktymizacji (Young i in., 2014). Jak sugerują uzyskane wyniki, może się to odbywać poprzez takie działanie jednostki, żeby potwierdzić znajomy, a przez to bezpieczny, posiadany obraz siebie i innych. Szczególną uwagę przykuwają dane dotyczące roli zaburzeń dysocjacyjnych. Otrzymane wyniki rzucają nowe światło na wiedzę na temat formowania się wczesnych nieadaptacyjnych schematów. Do tej pory szczegóły tego procesu pozostawały zasadniczo enigmatyczne. Zaburzenia dysocjacyjne mogą wyjaśniać dlaczego pomimo podobnych wydarzeń ludzie doświadczają ich odmiennych następstw np. w postaci różnego nasilenia wczesnych nieadaptacyjnych schematów.

### **6.3. Podsumowanie**

Przeprowadzone badanie miało dwa cele: (1) wskazać na psychospołeczne czynniki ryzyka rewiktymizacji u kobiet doznających przemocy w rodzinie, jak również (2) zweryfikować hipotetyczny mechanizm psychologiczny prowadzący do wystąpienia tego zjawiska.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazały, że kluczowe czynniki ryzyka rewiktymizacji odnaleźć można w charakterystyce osobowości badanych pacjentek. W

przeprowadzonym projekcie uwzględniono badanie zarówno przekonań kobiet na temat siebie, innych osób i otaczającego świata (schemat), jak również tego, jaka jest dominująca forma wpływu tego przekonania na ich zachowanie (tryb).

Kobiety, które doświadczyły rewiktymizacji miały znacznie silniej rozwinięty schemat nieufność/skrzywdzenie niż osoby z pozostałych badanych grup. Natomiast w zakresie trybów schematów różnicę o tym samym charakterze zaobserwowano w natężeniu postawy uległej i poddańczej (tryb unikania). Otrzymane wyniki oznaczają, że pacjenci doświadczający rewiktymizacji wyróżniają się na tle innych pacjentów, którzy doświadczyli wydarzeń potencjalnie traumatycznych w zakresie:

- (a) przekonań na temat siebie i świata (wczesnych nieadaptacyjnych schematów) – prezentują bardziej nasilone niż reszta pacjentów sztywne przeświadczenie, że inni ludzie stanowią źródło zagrożenia (tj. będą krzywdzić i wykorzystywać);
- (b) reakcji na własne przekonania (tryb schematu) – prezentują wzmożoną tendencję do reagowania zgodnie z treścią posiadanych schematów (np. poprzez dążenie do potwierdzenia przekonań).

W kolejnym kroku podjęto próbę zweryfikowania hipotetycznego mechanizmu psychologicznego prowadzącego do wystąpienia rewiktymizacji. Przeprowadzona analiza związków zobrazowała jak doświadczenie przemocy, poprzez dysocjację i nasilenie schematu nieufność/skrzywdzenie i trybu podporządkowania prowadzi do rewiktymizacji. Uzyskane wyniki sugerują, że traumatyczne doświadczenie może zapisywać się w umyśle bezpośrednio w postaci przekonań o tym, że inne osoby stanowią zagrożenie, tj. będą krzywdzić i wykorzystywać. Niemniej jednak istotniejsza wydaje się droga, w której traumatyczne doświadczenie prowadzi do pojawienia się objawów zaburzeń dysocjacyjnych, które prawdopodobnie konstytuują formę tego zapisu. Zakłada się, że dysocjacja u tych pacjentek odpowiada za sztywność ich przekonań poprzez wybiórcze przetwarzanie doświadczanych sytuacji. Przez to może dochodzić do nieintencjonalnego marginalizowania doświadczeń, które mogłyby zmienić kształt posiadanych przekonań. W ten sposób doświadczenie przemocy, dysocjacja i przekonania zawarte w schemacie nieufność/skrzywdzenie prowadzą do potwierdzania negatywistycznych przekonań wyniesionych z dzieciństwa, tym samym biorąc udział w tworzeniu psychologicznego mechanizmu rewiktymizacji.



Uzyskane wyniki badań stanowią wkład do sumy wiedzy na temat konsekwencji wydarzeń traumatycznych dla funkcjonowania psychiki człowieka. Wkład ten ma charakter zarówno teoretyczny, jak i praktyczny. Teoretyczny, ponieważ dokonano weryfikacji założeń teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów. Praktyczny, gdyż wskazano zarówno na specyficzny patomechanizm, jak również na czynniki ryzyka doświadczenia rewiktymizacji. Odpowiednia ich identyfikacja w grupie pacjentów, którzy doznali przemocy na wczesnym etapie życia, umożliwi zakwalifikowanie ich do grupy osób obciążonych ryzykiem rewiktymizacji, a co za tym idzie zaadresowanie do nich adekwatnej pomocy psychoterapeutycznej. Niemniej jednak należy pamiętać, że badania nad psychologicznym mechanizmem rewiktymizacji stanowią stosunkowo nowy obszar zainteresowania specjalistów. Z tego powodu, istnieje mało prac empirycznych, w kontekście których można by interpretować przedstawione w niniejszej rozprawie wyniki badań. Uważam, że uzyskane wyniki należałoby potwierdzić w kolejnym projekcie badawczym. Zweryfikowałyby to nakreślony w tej rozprawie psychologiczny mechanizm rewiktymizacji i w wypadku potwierdzenia, uprawomocniło formułowanie interwencji psychologicznych w oparciu o uzyskaną wiedzę.

**Uzyskane wyniki na tle wiedzy klinicznej.** Kliniczne opisy funkcjonowania osób doświadczających rewiktymizacji (m.in. osób doznających przemocy w rodzinie) sugerują, że repertuar ich zachowań może obejmować zarówno naprzemiennie występujące wzorce dążenia do bliskiej i wyłącznej relacji z partnerem (sprawcą przemocy), jak i występujące epizody oddalania, np. w postaci zrywania relacji (Herman, 2004). Relacje te charakteryzują się zazwyczaj dużą burzliwością i niezrozumiałością dla otoczenia zmiennością stosunku emocjonalnego do sprawcy. Obserwuje się występowanie faz izolacji od sprawcy, które następują bezpośrednio po eskalacji przemocy, a następnie dążeniem do powrotu do relacji mimo doznanych już krzywd (Walker, 2016) bądź nawiązywaniem podobnego typu relacji z inną osobą. Na tle przedstawionej wiedzy, uwzględniając uzyskane w badaniu wyniki dotyczące roli schematu nieufności/skrzywdzenie, jak również aktywizacji specyficznych trybów, przypuszczam, że wśród części osób doświadczających rewiktymizacji może dochodzić do zamiennego aktywizowania trybów podporządkowania się schematowi i unikania schematu. W takim wypadku w jednej odsłonie pacjent może dążyć do potwierdzenia obrazu innych ludzi poprzez angażowanie się w bliskie relacje z niestabilnymi emocjonalnie osobami (domena rozłączenia i odrzucenie), co zaspokajać może również

potrzeby emocjonalne związane z wysoką zależnością emocjonalną od innych (domena słaba autonomia). W drugiej odsłonie (aktywizacja stylu unikania) może dochodzić do zaprzeczenia potrzeby relacji z innymi ludźmi i tworzenia dystansu. Taka diametralna zmiana w sposobie przeżywania siebie i innych mogłaby tłumaczyć obserwowaną u części osób doświadczających przemocy drastyczną zmienność postaw w krótkim czasie.

Przeprowadzone badanie potwierdziło podstawowe założenia teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów. W szczególności założeń dotyczących wpływu wczesnych wydarzeń traumatycznych, takich jak przemoc w dzieciństwie, na kształtowanie się EMS z domeny rozłączenie/odrzućenie (Young i in., 2014). Ponadto, zweryfikowano teoretycznie zakładaną rolę, jakie wczesne nieadaptacyjne schematy i tryby pełnią w zjawisku powtarzania wydarzeń traumatycznych, w tym rewiktylizacji (Arntz, van Genderen, 2009). Ponadto, uzyskane wyniki wnoszą wkład do rozumienia powstawania trybów schematów, których natura pozostaje blisko związana z zaburzeniami o charakterze dysocjacyjnym.

Otrzymane wyniki korespondują również z wiedzą opartą na opisach klinicznych dotyczących pacjentów, którzy pozostają w długotrwałych, bliskich relacjach z osobami uzależnionymi od środków psychoaktywnych. Część klinicystów nazywa tych pacjentów osobami współzależnymi. Duża część osób z tej grupy dorastała w dysfunkcyjnych rodzinach, w których istniało ryzyko doznania przemocy czy znaczącego zaniedbania potrzeb fizycznych i emocjonalnych. W dynamice funkcjonowania tych pacjentów na poziomie społecznym często obserwuje się wysoki stopień samodzielności i niezależności. Przy czym pogłębiona analiza ich funkcjonowania ujawnia zazwyczaj wysokie zaangażowanie zachowaniem osoby uzależnionej i znaczną zależność emocjonalną od niej. Zazwyczaj poczucie własnej wartości tych osób znacząco uwarunkowane jest możliwością wywierania wpływu na swojego partnera. Opisana tutaj tendencja utrzymuje się niezależnie od obiektywnej skuteczności podejmowanych wysiłków kontroli drugiej osoby. Na poziomie deklaracji pacjenci z tej grupy często zgłaszają pragnienie stworzenia stabilnej i bliskiej relacji, przy czym obiekt, do którego adresują te potrzeby, zdecydowanie nie jest w stanie ich zaspokoić (m.in. Cermak, 1986; Cierpiałkowska, Ziarko, 2010). Rozwinięte schematy z domeny rozłączenia i odrzućenie przy nasilonym stylu podporządkowania się schematowi mogą wyjaśniać paradoksalne tendencje tych pacjentów pojawiające się w opisach klinicznych.

Zaobserwowane podobieństwo między badaną populacją osób doznających przemocy w rodzinie a osobami żyjącymi w związkach dysfunkcyjnych stwarza szerokie możliwości generalizacji otrzymanych wyników. Niemniej w celu pełnego uprawomocnienia takiego zabiegu potrzebowalibyśmy przeprowadzenia dodatkowych badań uwzględniających specyfikę tej populacji pacjentów.

**Kierunki dalszych badań.** W dalszych badaniach zajmujących się zjawiskiem rewiktylizacji i teorią wczesnych nieadaptacyjnych schematów należałoby ponownie zweryfikować testowany mechanizm rewiktylizacji, gdyż finalny model nie w pełni koresponduje zarówno z założeniami teoretycznymi, jak również z wcześniejszymi wynikami analiz korelacji. Szczególnie w zakresie bezpośredniego związku przemocy w dzieciństwie i nasilenia schematów z domeny rozłączenie/odrzućenie. Warto byłoby uzupełnić opracowany model o przynajmniej dwa czynniki: cechy temperamentu, jak również nozologiczną diagnozę osobowości. Podejrzewa się, że temperament, obok dysocjacji, mógłby częściowo wyjaśnić dlaczego pomimo podobnych doświadczeń potencjalnie traumatycznych, część osób doświadcza bardziej negatywnych następstw psychicznych. Ponadto, przypuszcza się, że badana grupa kobiet doświadczających rewiktylizacji może być bardzo zróżnicowana wewnętrznie pod względem funkcjonowania osobowości. Uzasadnione jest przypuszczenie, że wśród pacjentów, w których w osobowości dominują cechy psychotyczne proces ten może przebiegać odmiennie niż u tych o dominujących cechach neurotycznych. Z tych powodów uwzględnienie diagnozy osobowości mogłoby rzucić nowe światło na analizowany mechanizm rewiktylizacji, szczególności naświetlić rolę specyficznych schematów w tym procesie.

Poza tym, pozostaje enigmatyczna rola płci w następstwach wydarzeń traumatycznych. Część wyników badań sugeruje, że czynniki związane z płcią mogą determinować kierunek następstw doświadczanej przemocy (m.in. Tjaden, Thoennes, 2000). Jeżeli założenia teoretyczne są poprawne, to uzyskany profil konsekwencji przemocy w dzieciństwie powinien być podobny do uzyskanego w przeprowadzonym badaniu. Główne różnice powinny się pojawić w zakresie trybu schematu, który dominuje w repertuarze mężczyzn. Można oczekiwać dominującej roli trybów nadmiernej kompensacji (Young i in., 2014). Znaczącym wkładem w rozwój teorii byłoby kontynuowanie dalszej refleksji na temat procesu formowania wczesnych nieadaptacyjnych schematów i trybów.

#### **6.4. Ograniczenia badania**

Należy odnotować, że przeprowadzone badanie ma pewne znaczące ograniczenia, które wpływają na możliwości zastosowania w praktyce i generalizowania ich wyników. Przede wszystkim należy pamiętać, że grupa osób, które doświadczają rewiktymizacji, jest wysoko zróżnicowana wewnętrznie. Oznacza to, że mogą znajdować się w niej osoby, które doświadczyły wydarzeń traumatycznych z różnych powodów: (1) przypadkiem, tj. ze względu na niekorzystne okoliczności życiowe, (2) ze względu na podejmowane niekorzystne decyzje życiowe, (3) ze względu na rozwój mechanizmu psychopatologicznego. W przeprowadzonym badaniu uwaga była skierowana na osoby, u których powtarzanie wydarzeń traumatycznych mogło być konsekwencją rozwoju mechanizmu psychopatologicznego. Niemniej jednak, również w tym przypadku, osoby badane mogą znacząco różnić się zarówno w poziomie codziennego funkcjonowania, jak i w zakresie rozwoju indywidualnej psychopatologii. Sądzę, że w tej grupie znajdują się osoby o osobowości neurotycznej, z zaburzeniami osobowości oraz pacjenci cierpiący na zaburzenia i choroby psychotyczne. Rezultaty badań własnych wskazują pewną tendencję, jednakże zgodnie z naturą wyników uśrednionych nie muszą one dotyczyć w takim samym stopniu wszystkich osób z badanej populacji. Ważnym uzupełnieniem zaprezentowanych badań byłby projekt uwzględniający poziom funkcjonowania osobowości osób badanych.. Przypuszczam, że w zależności od poziomu głębokości psychopatologii, może zmieniać się kompozycja kluczowych czynników biorących udział w procesie rewiktymizacji.

Przeprowadzone badanie obejmowało ustosunkowanie się do twierdzeń z 5 obszernych kwestionariuszy. Umożliwiło to przeprowadzenie rozbudowanych analiz statystycznych. Niemniej jednak, tak duża ilość twierdzeń przedstawiana uczestnikom, prowokuje pytanie, czy osoby badane z tą samą chęcią i jasnością umysłu odpowiadały na pytania zarówno z pierwszego, jak i z piątego kwestionariusza. Występujące braki danych sugerowały, że u części osób w trakcie badania motywacja i zdolność rozumienia czytanych twierdzeń mogły spadać. Być może w przyszłych projektach badawczych należy rozważyć podział jednego pomiaru na kilka mniejszych, następujących po sobie w małym odstępie czasu. Taki sposób badań wymagałby większego nakładu pracy, jednak ułatwiłby zadanie osobom badanym przy braku uszczuplenia uzyskanych danych.

Chociaż teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów zakłada, że są one zgeneralizowanym skutkiem pewnych negatywnych dla danej jednostki doświadczeń

emocjonalnych w interakcjach z bliskimi osobami, należy zachować wstrzeźliwość od formułowania sądów genetycznych, tj. w oparciu o stopień nasilenia konkretnego schematu podejmować wysiłki rekonstrukcji przeszłych wydarzeń z życia pacjenta. Przypuszczam, że w części przypadków treść schematów może odzwierciedlać pewne realne doświadczenia z przeszłości, ale nie musi to stanowić reguły. Schematy stanowią wysoko przetworzoną przez osobowość konsekwencję zarówno realnych doświadczeń, jak i wewnętrznych procesów emocjonalnych i interpretacyjnych danej osoby. Dlatego też ich treść może być w niektórych przypadkach wyjątkowo odległa od rzeczywistych wydarzeń.

## Rozdział 7. Literatura

- Acierno, R., Resnick, H., Kilpatrick, D., Saunders, B., Best, C. (1999). Risk Factors for Rape, Physical Assault, and Posttraumatic Stress Disorder in Women: Examination of Differential Multivariate Relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(6), 541–564. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530–541. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Anderson, K. L. (2002), Perpetrator or Victim? Relationships Between Intimate Partner Violence and Well-Being. *Journal of Marriage and Family*, 64, 851–863.
- Arntz, A., van Genderen, H., (2016). *Terapia schematów w zaburzeniu osobowości typu borderline*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Atmaca, S., Gençöz, T. (2016). Exploring Revictimization Process Among Turkish Women: The Role of Early Maladaptive Schemas on the Link Between Child Abuse and Partner Violence. *Child Abuse & Neglect*, 52, 85–93.
- Ball, J. S., Links, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 63–68.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., Siegel, J. A. (2002) Retraumatization Among Adult Women Sexual Abused in Childhood: Exploratory Analyses in a Prospective Atudy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11(3), 19–48.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. (2005). *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bedyńska, S., Książek, M. (2012). *Praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych*. Akademickie Sedno.
- Bennett, A. J., Lesch, K. P., Heils, A., Long, J. C., Lorenz, J. G., Shoaf, S. E., Champoux, M., Suomi, S. J., Higley, J. D. (2002). Early experience and serotonin transporter gene variation interact to influence primate CNS function. *Molecular psychiatry*, 7(1), 118–122.
- Bernstein, E. M., Putnam, F. W. (1986). Development, Reliability and Validity of a Dissociation Scale. *Journal of Nervous & Mental Diseases*, 174(12), 727–735.

- Berzenski, S. R., Yates, T. M. (2010). A Developmental Process Analysis of the Contribution of Childhood Emotional Abuse to Relationship Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(2), 180–203.
- Bremner, J. D., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R., Charney, D. S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *The American Journal of Psychiatry*, 149(3), 328–332.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 198–210.
- Breslau, N., Schultz, L. (2013). Neuroticism and post-traumatic stress disorder: a prospective investigation. *Psychological Medicine*, 43(8), 1697–1702.
- Brewin, C. R., Andrews, B., Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766.
- Brewin, C. R., Burgess, N. (2014). Contextualisation in the revised dual representation theory of PTSD: A response to Pearson and colleagues. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 217–219.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670–686.
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M., Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, 117(1), 210–232.
- Broekman, B. F., Olf, M., Boer, F. (2007). The genetic background to PTSD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 31(3), 348–362.
- Bryant, R. A. (2007). Does dissociation further our understanding of PTSD? *Journal of Anxiety Disorders*, 21(2), 183–191.
- Brzeziński, J. (2011). *Metodologia badań psychologicznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Buzawa, E. S., Buzawa, C. G. (1992). *Domestic violence: The changing criminal justice response*. Auburn House.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology*. American Psychiatric Pub.
- Cantor, C., Price, J. (2007). Traumatic entrapment, appeasement and complex post-traumatic stress disorder: evolutionary perspectives of hostage reactions,

- domestic abuse and the Stockholm syndrome. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(5), 377–384.
- Cardeña, E., Spiegel, D. (1993). Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 474–478.
- Carlson, E. B. Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experience Scale. *Dissociation* 6(1), 16–27.
- Carmen E., Rieker P. P., Mills T. (1984) Victims of Violence and Psychiatric Illness. W: P. P. Rieker, E. Carmen (red.), *The Gender Gap in Psychotherapy* (199–211). Springer.
- Casey, E. A., Nurius, P. S. (2005). Trauma exposure and sexual revictimization risk: Comparisons across single, multiple incident, and multiple perpetrator victimizations. *Violence Against Women*, 11(4), 505–530.
- Cattaneo, L. B., Goodman, L. A. (2005). Risk factors for reabuse in intimate partner violence: A cross-disciplinary critical review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(2), 141–175.
- Chu, J. A. (1992). The revictimization of adult women with histories of childhood abuse. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(3), 259–269.
- Cierpiąłkowska, L., Grzegorzewska, I. (2016). *Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiąłkowska, L., Pasikowski, T. (2013). Traumatic events and personality features in borderline personality disorder. *Acta Neuropsychologica*, 11(2), 127–141.
- Cierpiąłkowska, L., Ziarko, M. (2010). *Psychologia uzależnień-alkoholizm*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Classen, C., Koopman, C., Spiegel, D. (1993). Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57(2), 178–194.
- Cloitre, M., Rosenberg, A. (2006). Sexual revictimization. Risk Factors and Prevention. In: V. M. Follette, J. I. Ruzek (red.). *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma* (321–361). Guilford Press.
- Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. C., Portera, L. (1996). Childhood abuse and subsequent sexual assault among female inpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 473–482.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., Costello, E. (2010). Posttraumatic stress without trauma in children. *American Journal of Psychiatry*, 167(9), 1059–1065.



- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412–425.
- Crandall, M. L., Nathens, A. B., Kernic, M. A., Holt, V. L., Rivara, F. P. (2004). Predicting future injury among women in abusive relationships. *Journal of Trauma*, 56, 906–912.
- Daems, T. (2005). Repeat victimisation and the study of social control. *International Journal of the Sociology of Law*, 33(2), 85–100.
- Danielson, K. K., Moffitt, T. E., Caspi, A., Silva, P. A. (1998). Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 131–133.
- DePrince, A. P. (2005). Social cognition and revictimization risk. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 125–141.
- DePrince, A. P., Freyd, J.J. (2007). Trauma-induced dissociation. W: M. J. Friedman, T. M. Keane, P. A. Resick (red.). *Handbook of PTSD: Science and Practice* (135–150). Guilford Press.
- Desai, S., Arias, I., Thompson, M. P., Basile, K. C. (2002). Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence and Victims*, 17(6), 639–653.
- Duckworth, M. P., Follette, V. M. (2012). *Retraumatization: Assessment, treatment, and prevention*. Routledge.
- Dunford, F. W. (2000). The San Diego Navy Experiment: An assessment of interventions for men who assault their wives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 468–476.
- Dutton, D. G. (1994). Patriarchy and wife assault: The ecological fallacy. *Violence and victims*, 9(2), 167–182.
- Edwards, K. M., Desai, A. D., Gidycz, C. A., Van Wynsberghe, A. (2009). College women's aggression in relationships: The role of childhood and adolescent victimization. *Psychology of Women Quarterly*, 33(3), 255–265.
- Elwood, L. S., Hahn, K. S., Olatunji, B. O., Williams, N. L. (2009). Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: A review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 87–100.

- Erichsen, J. E. (1867/2011). *On railway and other injuries of the nervous system*. Nabu Press.
- Estefan, L. F., Coulter, M. L., Van de Weerd, C. (2016). Depression in Women Who Have Left Violent Relationships. The Unique Impact of Frequent Emotional Abuse. *Violence against women*, 22(11), 1397–1413.
- Farley, M., Barkan, H. (1998). Prostitution, violence, and posttraumatic stress disorder. *Women & Health*, 27(3), 37–49.
- Fenichel, O. (2014). *The psychoanalytic theory of neurosis*. Routledge.
- Finkelhor, D., Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, 10(1), 5–25.
- Foa, E. B., Cascardi, M., Zoellner, L. A., Feeny, N. C. (2000). Psychological and environmental factors associated with partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(1), 67–91.
- Ford, D. A., Regoli, M. J. (1992). The Preventive Impacts of Policies for Prosecuting Wife Batterers. W: E. S. Buzawa C. G. Buzawa (red.). *Domestic Violence: The Changing Criminal Justice Response* (181–207). Auburn House.
- Fossati, A., Madeddu, F., Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. *Journal of Personality Disorders*, 13(3), 268–280.
- Freud, S. (1895/2008). *Studia nad histerią*. Warszawa: Wydawnictwo KR
- Freud, S. (1920/2012). *Poza zasadą przyjemności*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Freyd, J. J. (1998). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Harvard University Press.
- Freyd, J. J., DePrince, A. P., Gleaves, D. H. (2007). The state of betrayal trauma theory: Reply to McNally – Conceptual issues, and future directions. *Memory*, 15(3), 295–311.
- Friedman, M. J., Keane, T. M., Resick, P. A. (2007). *Handbook of PTSD: Science and Practice*. Guilford Press.
- Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., Hopkins, L., Shaeffer, D. M., Lewis, J., Leavitt, F., Pasquotto, J. N., Schwartz, D. R. (1990). The Dissociative

- Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 3(3), 151–153.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiatric Pub.
- Gałecki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., Wciórka, J. (2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM 5*. Wydawnictwo Edra.
- Gay, L. E., Harding, H. G., Jackson, J. L., Burns, E. E., Baker, B. D. (2013). Attachment style and early maladaptive schemas as mediators of the relationship between childhood emotional abuse and intimate partner violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(4), 408–424.
- Ghimire, D., Follette, V. M. (2011). Revictimization: Experiences related to child, adolescent, and adult sexual trauma. W: M. D. Duckworth, V. M. Follette (red.), *Retraumatization: Assessment, Treatment, and Prevention* (317–344). Routledge.
- Gibson, L. E., Leitenberg, H. (2001). The impact of child sexual abuse and stigma on methods of coping with sexual assault among undergraduate women. *Child Abuse & Neglect*, 25(10), 1343–1361.
- Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in dissociation: An analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 134(5), 617–647.
- Główny Urząd Statystyczny. (2020). *Polska w liczbach 2020*. Pobrane z: [https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5501/14/13/1/polska\\_w\\_liczbach\\_2020\\_pl.pdf](https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5501/14/13/1/polska_w_liczbach_2020_pl.pdf) (15.01.2021).
- Gobin, R. L., Freyd, J. J. (2009). Betrayal and revictimization: Preliminary findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(3), 242–257.
- Gottfredson, M. R. (1984). *Victims of crime: The dimensions of risk (Vol. 81)*. Home Office Research Study.
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P., Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 271–286.

- Hardt, J., Dragan, M., Kappis, B. (2011). A short screening instrument for mental health problems: The Symptom Checklist-27 (SCL-27) in Poland and Germany. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(1), 42–49.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the New Millenium. *Communication Monographs*, 4, 408–420.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic stress*, 5(3), 377–391.
- Herman, J. L. (2004). *Przemoc: uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Marchbanks, P. A. (2000). Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics*, 106(1), 1–8.
- Holmes, T. (1967). Holmes-Rahe social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
- Horwitz, A. V. (2018). *PTSD: A Short History*. Johns Hopkins University Press.
- Jacobson, N. S., Gottman, J. M., Gortner, E., Berns, S. , Shortt, J. W. (1996). Psychological factors in the longitudinal course of battering: When do the couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims*, 11(4), 371–392.
- Janet, P. (1894/1977). *The Mental State of Hystericals*. University Publications of America.
- Janet, P. (1907/1965). *The Major Symptoms of Hysteria*. Hafner.
- Janis, I. L. (1958). *Psychological Stress: Psychoanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patients*. Wiley.
- Kalia, M. (2005). Neurobiological basis of depression: an update. *Metabolism* 54, 24–27.
- Karatzias, T., Power, K., Woolston, C., Apurva, P., Begley, A., Mirza, K., Conway, L., Quinn, C., Jowett, S., Howard, R., & Purdie, A. (2018). Multiple traumatic experiences, post-traumatic stress disorder and offending behaviour in female prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 28(1), 72–84.
- Keane, T. M., Barlow, D. H. (2002). Posttraumatic stress disorder. W: D. H. Barlow (red.). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (418–521), Guilford Press.

- Keane, T. M., Zimering, R. T., Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Therapist*, 8(1), 9–12.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060.
- Kleim, B., Ehlers, A., Glucksman, E. (2007). Early predictors of chronic post-traumatic stress disorder in assault survivors. *Psychological medicine*, 37(10), 1457–1467.
- Kluft, R. P. (1989). Treating the patient who has been sexually exploited by a previous therapist. *Psychiatric Clinics*, 12(2), 483–500.
- Kluft, R. P. (1996). Dissociative identity disorder. In: L. K. Michelson, W. J. Ray (red.). *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (337–366). Plenum Press.
- Knežević, G., Opačić, G., Savić, D., Priebe, S. (2005). Do personality traits predict post-traumatic stress? A prospective study in civilians experiencing air attacks. *Psychological Medicine*, 35(5), 659–663.
- Kudler, H. (2012). A Psychodynamic Conceptualization of Retraumatization. W: Duckworth, M. P., Follette, V. M. (red.). *Retraumatization: Assessment, treatment, and prevention* (33–59). Routledge.
- Kuijpers, K. F., van der Knaap, L. M., Lodewijks, I. A. (2011). Victims' influence on intimate partner violence revictimization: A systematic review of prospective evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(4), 198–219.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1996). *Słownik psychoanalizy*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Leese, P. (2002). *Shell shock: traumatic neurosis and the British soldiers of the First World War*. Springer.
- Liotti, G., Farina, B. (2017). *Traumatyczny rozwój. Etiologia, klinika i terapia wymiaru dysocjacyjnego*. Fundacja Przyjaciele Martynki.
- Markowski, A. (2002). *Wielki słownik wyrazów obcych i trudnych*. Wilga.
- Mauricio, A. M., Tein, J. Y., Lopez, F. G. (2007). Borderline and antisocial personality scores as mediators between attachment and intimate partner violence. *Violence and Victims*, 22(2), 139–157.

- McCauley, J. L., Calhoun, K. S., Gidycz, C. A. (2010). Binge drinking and rape: A prospective examination of college women with a history of previous sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(9), 1655–1668.
- McFarlane, A. C. (1986). Posttraumatic morbidity of a disaster: a study of cases presenting for psychiatric treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 4–14.
- Medrano, M. A., Hatch, J. P., Zule, W. A., Desmond, D. P. (2003). Childhood trauma and adult prostitution behavior in a multiethnic heterosexual drug-using population. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 463–486.
- Mehnert, A., Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(3), 181–188.
- Mendlewicz, J., Massat, I., Souery, D., Del-Favero, J., Oruč, L., Nöthen, M. M., Blackwood, D., Muir, W., Battersby, S., Lerer, B., Segman, R. H., Kaneva, R., Serretti, A., Lilli, R., Lorenzi, C., Jakovljevic, M., Ivezic, S., Rietschel, M., Milanova, V. (2004). Serotonin transporter 5HTTLPR polymorphism and affective disorders: no evidence of association in a large European multicenter study. *European Journal of Human Genetics*, 12(5), 377–382.
- Mertin, P., Mohr, P. B. (2001). A follow-up study of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in Australian victims of domestic violence. *Violence and Victims*, 16(6), 645–654.
- Miller, A. K., Markman, K. D., Handley, I. M. (2007). Self-blame among sexual assault victims prospectively predicts revictimization: A perceived sociolegal context model of risk. *Basic and Applied Social Psychology*, 29(2), 129–136.
- Miller, J. L., Krull, A. C. (1997). Controlling Domestic Violence: Victim Resources and Police Intervention. W: G. K. Kantor J. L. Jasinski (red.). *Out of Darkness: Contemporary Perspectives on Family Violence* (235–254). Sage Publications.
- Morgan, C. A., Hazlett, G., Wang, S., Richardson Jr, E. G., Schnurr, P., Southwick, S. M. (2001). Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1239–1247.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. Wiley.

- National Research Council (1993). *Understanding and preventing violence*. National Academy Press.
- Newirth, J. (2016). A Kleinian Perspective on Dissociation and Trauma. W: E. Howell S. Itzkowitz (red.). *The dissociative mind in psychoanalysis: Understanding and working with trauma* (107–117). Routledge.
- Oettingen, J., Chodkiewicz, J., Mącik, D., Gruszczyńska, E. (2018). Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-S3-PL). *Psychiatria Polska*, 52(4), 707–718.
- Orcutt, H. K., Erickson, D. J., Wolfe, J. (2002). A prospective analysis of trauma exposure: The mediating role of PTSD symptomatology. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(3), 259–266.
- Parks, S. E., Kim, K. H., Day, N. L., Garza, M. A., Larkby, C. A. (2011). Lifetime self-reported victimization among low-income, urban women: The relationship between childhood maltreatment and adult violent victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(6), 1111–1128.
- Pearson, D. G. (2012). Contextual representations increase analogue traumatic intrusions: Evidence against a dual-representation account of peri-traumatic processing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(4), 1026–1031.
- Pearson, D. G., Ross, F. D., Webster, V. L. (2012). The importance of context: Evidence that contextual representations increase intrusive memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 573–580.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F. S., Kaplan, S., Resick, P. A. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3–17.
- Raphael, B. (1995). *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos*. Cambridge University Press.
- Risser, H. J., Hetzel-Riggin, M. D., Thomsen, C. J., McCanne, T. R. (2006). PTSD as a mediator of sexual revictimization: The role of reexperiencing, avoidance, and arousal symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 687–698.
- Risser, H. J., Hetzel-Riggin, M. D., Thomsen, C. J., McCanne, T. R. (2006). PTSD as a mediator of sexual revictimization: The role of reexperiencing, avoidance, and

- arousal symptoms. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 19(5), 687–698.
- Ross, C. A. (1996). History, phenomenology, and epidemiology of dissociation. W: K. Michelson, J. Ray (red.), *Handbook of dissociation* (3–24). Springer.
- Ross, C. A., Anderson, G., Heber, S., Norton, G. R. (1990). Dissociation and abuse among multiple-personality patients, prostitutes, and exotic dancers. *Psychiatric Services*, 41(3), 328–330.
- Ross, C. A., Farley, M., Schwartz, H. L. (2004). Dissociation among women in prostitution. *Journal of Trauma Practice*, 2(3-4), 199–212.
- Schock, K., Knaevelsrud, C. (2013). Retraumatization: The Vicious Circle of Intrusive Memory. In: M. Linden, K. Rutkowski (red.). *Hurting Memories and Beneficial Forgetting: Posttraumatic Stress Disorders, Biographical Developments, and Social Conflicts* (59–70). Elsevier.
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of educational research*, 99(6), 323-338.
- Seedat, S., Stein, M. B., Forde, D. R. (2005). Association between physical partner violence, posttraumatic stress, childhood trauma, and suicide attempts in a community sample of women. *Violence and Victims*, 20(1), 87–98. doi:10.1891/vivi.2005.20.1.87
- Selye, H. (1956/1960). *Stres życia*. PZWL.
- Shorter, E. (2005). *A Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford University Press.
- Sieński, M., Ziarko, M., Łuczak, K. (2018). Różnice płciowe w rozwoju wczesnych nieadaptacyjnych schematów. Badania prowadzone na grupie młodzieży doświadczającej przemocy w rodzinie. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(2), 98–116.
- Spiegel, D. (1991). Dissociation and Trauma. In: A. Tasman, S. M. Goldfinger (Eds.). *American Psychiatric Press Annual Review of Psychiatry*, (261–276). American Psychiatric Press.
- Steuden, S., Janowski, K. (2016). Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne. *Roczniki Psychologiczne*, 19(3), 549–565.
- Stoller, R. J., Herdt, G. H. (1982). The development of masculinity: A cross-cultural contribution. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30(1), 29–59.



- Strelau, J. (2004). *Osobowość, a ekstremalny stres*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau, J., Zawadzki, B. (2005). Trauma and temperament as predictors of intensity of posttraumatic stress disorder symptoms after disaster. *European Psychologist*, 10(2), 124–135.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Pearson Education.
- Tan, C., Basta, J., Sullivan, C. M., Davidson, W. S. (1995). The role of social support in the lives of women exiting domestic violence shelters: An experimental study. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(4), 437–451.
- Tavris, C., Wade, C. (1999). *Podejścia oraz koncepcje*. Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10–20.
- Timmen L. Cermak M.D. (1986) Diagnostic Criteria for Codependency, *Journal of Psychoactive Drugs*, 18(1), 15–20.
- Tjaden, P. G., Thoennes, N. (2000). *Extent, nature, and consequences of intimate partner violence: Findings from the National Violence Against Women Survey*. National Institute of Justice.
- Ullman, S. E. (2003). Social reactions to child sexual abuse disclosures: A critical review. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 12(1), 89–121.
- Ullman, S. E. (2016). Sexual revictimization, PTSD, and problem drinking in sexual assault survivors. *Addictive Behaviors*, 53, 7–10.
- Ullman, S. E., Najdowski, C. J., Filipas, H. H. (2009). Child sexual abuse, post-traumatic stress disorder, and substance use: Predictors of revictimization in adult sexual assault survivors. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 18(4), 367–385.
- van der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 389–411.
- van der Kolk, B. A. (2003). *Psychological Trauma*. American Psychiatric Pub.
- van der Kolk, B. A., van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530–1540.

- Vrana, S., Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7(2), 289–302.
- Walby, S., Allen, J. (2004). *Domestic Violence, Sexual Assault and Stalking: Findings from the British Crime Survey*. Home Office.
- Walker, L. E. (2016). *The Battered Woman Syndrome*. Springer.
- Widom, C. S. (1989). Does violence breed violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106, 3–28.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 785–796.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Paris, J. (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 23(5), 433–446.
- Williams, G. W. (1963). Highway hypnosis: An hypothesis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 11(3), 143–151.
- Wirtz, P. W., Harrell, A. V. (1987). Effects of post assault exposure to attack-similar stimuli on long-term recovery of victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 10–16.
- Wójcik, S. (2013). Przemoc w rodzinie, zaniedbanie, wiktymizacja pośrednia. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy problemu przemocy wobec dzieci. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 12(3), 40–62.
- Wolf, E. J., Lunney, C. A., Miller, M. W., Resick, P. A., Friedman, M. J., Schnurr, P. P. (2012). The dissociative subtype of PTSD: A replication and extension. *Depression and anxiety*, 29(8), 679–688.
- Wolhuter, L., Olley, N., Denham, D. (2008). *Victimology: Victimisation and Victims' Rights*. Routledge.
- Wooley, S. C. (1993). Recognition of sexual abuse: Progress and backlash. *Eating Disorders*, 1(3-4), 298–314.
- Wray, A. M., Hoyt, T., Gerstle, M. (2013). Preliminary examination of a mutual intimate partner violence intervention among treatment-mandated couples. *Journal of Family Psychology*, 27(4), 664–670.
- Wyatt, G. E., Guthrie, D., Notgrass, C. M. (1992). Differential effects of women's child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 167–173.

- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2014). *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Haynes, M. C., Gunderson, J. G. (1999). Violence in the lives of adult borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(2), 65–71.
- Zayfert, C. (2012). Cognitive Behavioral Conceptualization of Retraumatization. W: M. D. Duckworth, V. M. Follette, (red.). *Retraumatization: Assessment, Treatment, and Prevention*, (9–32). Routledge.

## **Rozdział 8. Załączniki**

### **8.1. Narzędzia badawcze**

#### **8.1.1. Kwestionariusza Traumatyzacji Dzieci (The Childhood Trauma Questionnaire; Bernstein, Fink, 1998)**

Zapisy umowy licencyjnej zakupionej od Pearson North America Contracts, Clinical Assessment, San Antonio, Texas, uniemożliwiają zamieszczanie w rozprawie doktorskiej treści instrukcji, jak i twierdzeń zawartych w użytym kwestionariuszu.

### 8.1.2. Skala Doświadczeń Dysocjacyjnych (Dissociative Experiences Scale – II; Bernstein, Putnam, 1986; tłumaczenie własne).

- zastosowano zmianę w instrukcji narzędzia względem oryginału

#### DES

Poniższy kwestionariusz składa się z dwudziestu ośmiu pytań dotyczących doświadczeń, które możesz mieć w swoim życiu codziennym. Zaznacz, jak często po doświadczeniu przemocy w rodzinie przydarzały Ci się doświadczenia opisane w poniższych stwierdzeniach. **Weź pod uwagę okres 12 miesięcy od wystąpienia przemocy.**

#### Przykład

0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%  
(nigdy)  
(zawsze)

**Określ procentowo, zaznaczając kółkiem najbardziej zbliżoną liczbę z poniższych, która opisuje, jak często to ci się zdarzało**

1	Niektórzy ludzie miewają w czasie jazdy samochodem, pociągiem, rowerem, lub innym środkiem komunikacji, doświadczenie nagłego uświadomienia sobie, że nie pamiętają co działo się przez całą lub część podróży.
	0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%
2	Niektórym ludziom zdarza się słuchać jak ktoś mówi i nagle zorientować się, że nie usłyszeli części lub całości tego, co było mówione.
	0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%
3	Niektórym ludziom zdarza się znaleźć w jakimś miejscu i nie mieć pojęcia, jak się tam dostali.
	0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%
4	Niektórym ludziom zdarza się zdać sobie sprawę, że nie pamiętają zakładania ubrań, które mają na sobie.
	0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%
5	Niektórym ludziom zdarza się czasem znaleźć w swoim dobytku przedmioty, których kupna nie pamiętają
	0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%
6	Niektórym ludziom zdarza się czasem, że podchodzą do nich nieznajomi, którzy nazywają ich innym imieniem lub nalegają, że poznali ich wcześniej.
	0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%
7	Niektórzy ludzie miewają doświadczenie czucia się, jakby stali obok siebie samego, lub patrzenia jak coś robią i widzenia siebie z zewnątrz, tak jakby byli kimś innym.
	0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%
8	Niektórym ludziom zdarza się usłyszeć, że czasem nie rozpoznają swojej rodziny lub znajomych.
	0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%
9	Niektórzy ludzie nie pamiętają czasami ważnych wydarzeń ze swojego życia (np. ślubu, absolutorium).
	0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%
10	Niektórym ludziom zdarza się być oskarżonym o kłamstwo, choć nie wydaje im się, żeby kłamali.

	<b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>11</b>	Niektórzy ludzie miewają doświadczenie patrzenia w lustro i nierozpoznawania samego siebie. <b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>12</b>	Niektórym ludziom zdarza się mieć poczucie, że inni ludzie, przedmioty, i świat wokół nich nie są prawdziwe. <b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>13</b>	Niektórzy ludzie doświadczają czasem uczucia, że ich ciało nie należy do nich. <b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>14</b>	Niektórym ludziom zdarza się przypomnieć sobie coś i mieć wspomnienie tak silnie, że czują, jakby przeżywali to wydarzenie na nowo. <b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>15</b>	Niektórym ludziom zdarza się nie być pewnym, czy jakieś wydarzenie które pamiętają wydarzyło się naprawdę, czy tylko im się przyśniło. <b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>16</b>	Niektórym ludziom zdarza się być w znajomym im miejscu, ale czucia, że jest obce i nieznane. <b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>17</b>	Niektórzy ludzie czasem tak bardzo wciągają się w oglądaną telewizję lub film, że nie są świadomi, tego co dzieje się wokół nich. <b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>18</b>	Niektórzy ludzie czasem tak bardzo wciągają się w fantazjowanie lub marzenia, że mają wrażenie, jakby działo się to naprawdę. <b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>19</b>	Niektórzy ludzie potrafią czasem ignorować ból. <b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>20</b>	Niektórym ludziom zdarza się zagapić i siedzieć wpatrzonym w przestrzeń, nie myśląc o niczym, bez świadomości upływającego czasu. <b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>21</b>	Niektórym ludziom zdarza się mówić na głos do siebie, kiedy są sami. <b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>22</b>	Niektórzy ludzie mogą zachowywać się tak różnie w jednych sytuacjach od tego, jak zachowują się w innych, że czują, jakby byli dwoma różnymi osobami. <b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>23</b>	Niektórzy ludzie bywają czasem w sytuacjach, w których z niesamowitą łatwością i spontanicznością przychodzą im rzeczy, które przeważnie sprawiają im trudności (np. sport, praca, sytuacje towarzyskie, itp.). <b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>24</b>	Niektórym ludziom zdarza się nie pamiętać, czy coś zrobili, czy tylko pomyśleli o zrobieniu tego (np. nie wiedzą, czy wysłali list, czy tylko pomyśleli o jego wysłaniu). <b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>25</b>	Niektórym ludziom zdarza się czasem znaleźć dowody tego, że zrobili coś, czego nie pamiętają. <b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>26</b>	Niektórzy ludzie czasem znajdują zapiski, rysunki, notatki, itp., które najwyraźniej zrobili, ale których zupełnie nie pamiętają.

	<b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>27</b>	Niektórym ludziom zdarza się czasem słyszeć głosy w swojej głowie, które mówią im, żeby coś zrobili, lub komentują to, co obecnie robią.
	<b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>
<b>28</b>	Niektórzy ludzie mają czasem wrażenie, że patrzą na świat przez mgłę, przez co ludzie i rzeczy wydają się dalekie i rozmyte.
	<b>0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%</b>

**8.1.3. Kwestionariusza Schematów Younga (Young Schema Questionnaire –YSQ; Young, Brown, 1994; Oettingen, J., Chodkiewicz, J., Mącik, D., Gruszczyńska, E., 2018).**

## YSQ – S3

Poniżej znajduje się lista stwierdzeń, których ludzie mogą użyć do opisu siebie. Przeczytaj poniższe stwierdzenia, a następnie oceń, jak dokładnie każde z nich oddaje Twoją sytuację **w ciągu ostatniego roku**. Jeśli nie jesteś pewna, jakiej odpowiedzi udzielić, kieruj się tym, co **czujesz**, a nie tym, którą odpowiedź uznajesz za poprawną.

*Kilka z poniższych stwierdzeń dotyczy Twoich relacji z rodzicami lub życiowym partnerem. Jeśli którakolwiek z tych osób już nie żyje, udziel odpowiedzi zgodnie z tym, jakie były Wasze relacje za ich życia. Jeśli obecnie nie posiadasz partnera, jednak miałeś/miałaś w przeszłości, udziel odpowiedzi na podstawie swojego ostatniego znaczącego związku.*

Wybierz odpowiedź zaznaczając **najwyższą cyfrę w skali od 1 do 6**, która najlepiej opisuje Ciebie (jest najbardziej prawdziwa, jeśli chodzi o Ciebie), następnie zaznacz odpowiedni wynik.

**1** - zupełnie nieprawdziwe o mnie

**2** - przeważnie nieprawdziwe o mnie

**3** - trochę bardziej prawdziwe niż nieprawdziwe

**4** - umiarkowanie prawdziwe o mnie

**5** - przeważnie prawdziwe o mnie

**6** - doskonale mnie opisuje

1	Dotychczas nie było przy mnie nikogo, kto opiekowałby się mną, dzieliłby się sobą czy głęboko troszczyłby się o to, co się ze mną dzieje.	1	2	3	4	5	6
2	Kurczowo trzymam się ludzi, którzy są mi bliscy, ponieważ boję się, że mogę ich stracić	1	2	3	4	5	6
3	Czuję, że zostanę wykorzystana przez ludzi.	1	2	3	4	5	6
4	Nie pasuję do otoczenia.	1	2	3	4	5	6
5	Żaden mężczyzna/żadna kobieta, którego/której pragnę nie będzie w stanie mnie pokochać, jak tylko odkryje moje wady lub defekty.	1	2	3	4	5	6
6	Prawie nic, co robię w pracy (szkole), nie jest tak dobre jak to, co robią inni.	1	2	3	4	5	6
7	Czuję, że sama nie dałabym sobie rady w codziennym życiu.	1	2	3	4	5	6
8	Nie mogę pozbyć się uczucia, że wydarzy się coś złego.	1	2	3	4	5	6
9	Nie mogę odseparować się od moich rodziców w sposób, w jaki zrobili to moi rówieśnicy.	1	2	3	4	5	6
10	Wydaje mi się, że jeśli robię to, co chcę, jedynie proszę się o kłopoty.	1	2	3	4	5	6
11	To ja zazwyczaj zajmuję się osobami, które są mi bliskie.	1	2	3	4	5	6
12	Jestem zbyt nieśmiały, żeby okazywać innym pozytywne uczucia (np. sympatię, troskę).	1	2	3	4	5	6
13	Muszę zawsze być najlepsza prawie we wszystkim, co robię; nie umiem zaakceptować drugiego miejsca.	1	2	3	4	5	6



14	Dużym problemem dla mnie jest akceptacja odmowy ze strony innych ludzi, kiedy ich o coś proszę.	1	2	3	4	5	6
15	Trudno mi zdyscyplinować siebie do wykonywania rutynowych lub nudnych zadań.	1	2	3	4	5	6
16	Posiadanie pieniędzy oraz znajomości z ważnymi osobistościami sprawia, że czuję się wartościowa.	1	2	3	4	5	6
17	Nawet, jeśli sprawy układają się pomyślnie, mam wrażenie, że jest to tylko tymczasowe.	1	2	3	4	5	6
18	Jeżeli popełnię błąd, zasługuję na karę.	1	2	3	4	5	6
19	Nie ma wokół mnie ludzi, którzy okazaliby mi ciepło, wsparcie i czułość.	1	2	3	4	5	6
20	Tak bardzo potrzebuję innych ludzi, że martwię się, że ich stracę.	1	2	3	4	5	6
21	Czuję, że muszę mieć się na baczności w obecności innych ludzi, bo inaczej oni naumyślnie wyrządzą mi krzywdę.	1	2	3	4	5	6
22	Bardzo różnię się od innych ludzi.	1	2	3	4	5	6
23	Żadna osoba, której pragnę nie chciałaby być blisko mnie, gdyby wiedziała, jaka jestem naprawdę.	1	2	3	4	5	6
24	Jestem nieudolny, jeśli chodzi o życiowe osiągnięcia.	1	2	3	4	5	6
25	Uważam siebie za osobę zależną od innych w codziennym funkcjonowaniu.	1	2	3	4	5	6
26	Czuję, że coś strasznego (klęska żywiołowa, finansowa, napaść lub choroba) może się zdarzyć w każdej chwili.	1	2	3	4	5	6
27	Moi rodzice są zbyt zaangażowani w moje życie oraz problemy - i vice versa.	1	2	3	4	5	6
28	Czuję, że nie mam wyboru i muszę spełniać oczekiwania innych, w przeciwnym razie będą się na mnie mścić, będą na mnie źli lub zostaną przez nich w jakiś sposób odrzucone.	1	2	3	4	5	6
29	Jestem dobrym człowiekiem, ponieważ więcej myślę o innych niż o sobie.	1	2	3	4	5	6
30	Krępuje mnie okazywanie uczuć innym ludziom.	1	2	3	4	5	6
31	Staram się dawać z siebie wszystko; „wystarczająco dobrze” mnie nie zadowala.	1	2	3	4	5	6
32	Jestem wyjątkowa i nie powinienem/powinnam być zmuszana do akceptacji wielu restrykcji i ograniczeń nakładanych na innych ludzi.	1	2	3	4	5	6
33	Jeżeli nie mogę osiągnąć zamierzonego celu, szybko się zniechęcam (frustruję) i poddaję.	1	2	3	4	5	6
34	Osiągnięcia znaczą dla mnie najwięcej wtedy, kiedy inni ludzie je zauważają.	1	2	3	4	5	6
35	Kiedy dzieje się coś dobrego, martwię się, że następnie wydarzy się coś złego.	1	2	3	4	5	6
36	Jeżeli nie dam z siebie wszystkiego, powinienem/powinnam się spodziewać, że odniosę porażkę.	1	2	3	4	5	6
37	Dotychczas nie czułam, że jestem dla kogoś wyjątkowa.	1	2	3	4	5	6
38	Martwię się, że ludzie, którzy są mi bliscy, odejdą lub opuszczą mnie.	1	2	3	4	5	6
39	To tylko kwestia czasu zanim ktoś mnie zdradzi.	1	2	3	4	5	6
40	Nie należę do żadnej grupy; jestem samotniczką.	1	2	3	4	5	6
41	Nie jestem warta miłości, uwagi ani szacunku ze strony innych ludzi.	1	2	3	4	5	6

42	Większość ludzi jest ode mnie zdolniejsza, jeśli chodzi o pracę i inne osiągnięcia.	1	2	3	4	5	6
43	Brak mi zdrowego rozsądku.	1	2	3	4	5	6
44	Martwię się, że ktoś mnie zaatakuje fizycznie.	1	2	3	4	5	6
45	Zarówno dla mnie, jak i dla moich rodziców bardzo trudne jest utrzymanie w tajemnicy przed sobą intymnych szczegółów z naszego życia bez poczucia winy lub zdrady.	1	2	3	4	5	6
46	W związkach zazwyczaj zgadzam się na to, by druga osoba miała pozycję dominującą.	1	2	3	4	5	6
47	Robienie różnych rzeczy dla ludzi, na których mi zależy, zajmuje mi tyle czasu, że prawie nie mam go już dla siebie.	1	2	3	4	5	6
48	Sprawia mi trudność bycie swobodną i spontaniczną wśród ludzi.	1	2	3	4	5	6
49	Muszę wypełniać wszystkie swoje obowiązki.	1	2	3	4	5	6
50	Nie znoszę być ograniczana ani powstrzymywana przed robieniem tego, co chcę.	1	2	3	4	5	6
51	Rezygnowanie z natychmiastowej nagrody lub przyjemności po to, żeby osiągnąć długoterminowe cele, sprawia mi trudność.	1	2	3	4	5	6
52	Jeżeli nie poświęca mi się dużo uwagi, czuję się mało ważna.	1	2	3	4	5	6
53	Nigdy nie dość ostrożności; zawsze coś może się nie udać.	1	2	3	4	5	6
54	Jeżeli nie wykonuję dobrze swojej pracy, powinnam ponieść konsekwencje.	1	2	3	4	5	6
55	Nie mam nikogo, kto by mnie naprawdę słuchał, rozumiał lub wsłuchałby się w moje prawdziwe potrzeby i uczucia.	1	2	3	4	5	6
56	Kiedy wydaje mi się, że ktoś, na kim mi zależy, oddala się ode mnie lub chce mnie opuścić, czuję się zdesperowana.	1	2	3	4	5	6
57	Jestem podejrzliwa, co do motywów innych ludzi.	1	2	3	4	5	6
58	Czuję się wyobcowana lub odcięta od innych ludzi.	1	2	3	4	5	6
59	Czuję, że nie da się mnie kochać.	1	2	3	4	5	6
60	W tym, co robię nie jestem tak utalentowana jak większość ludzi.	1	2	3	4	5	6
61	W codziennych sytuacjach nie można polegać na mojej opinii.	1	2	3	4	5	6
62	Martwię się, że stracę wszystkie pieniądze, zostanę biedna i bez środków do życia.	1	2	3	4	5	6
63	Czuję się tak, jakby moi rodzice żyli moim życiem – jakbym nie miała własnego życia.	1	2	3	4	5	6
64	Zawsze pozwalam innym wybierać za mnie, więc nie wiem tak naprawdę, czego sama chcę.	1	2	3	4	5	6
65	To zawsze ja wysłuchuję problemów innych ludzi.	1	2	3	4	5	6
66	Kontroluję siebie tak bardzo, że wiele osób uważa, że jestem pozbawiona uczuć i emocji.	1	2	3	4	5	6
67	Czuję na sobie ciągłą presję zdobywania osiągnięć i wykonywania zadań.	1	2	3	4	5	6
68	Czuję, że nie muszę przestrzegać zwykłych zasad lub norm, które obowiązują innych ludzi.	1	2	3	4	5	6
69	Nie umiem zmusić się do robienia rzeczy, które nie sprawiają mi przyjemności, nawet jeśli wiem, że to dla mojego własnego dobra.	1	2	3	4	5	6

70	Jeśli prezentuję swoje uwagi podczas spotkania lub jestem przedstawiana w nowym towarzystwie, ważne jest dla mnie zdobycie uznania i podziwu.	1	2	3	4	5	6
71	Nieważne, jak ciężko pracuję i tak martwię się, że zostanę bez grosza i stracę prawie wszystko, co posiadam.	1	2	3	4	5	6
72	Nieważne, dlaczego popełniam błąd. Jeżeli robię coś źle, powinnam ponieść konsekwencje.	1	2	3	4	5	6
73	Dotychczas nie było przy mnie silnej lub mądrej osoby, która udzieliłaby mi dobrej rady lub wskazałaby kierunek, kiedy nie byłam pewna, jak postąpić.	1	2	3	4	5	6
74	Czasami tak bardzo martwię się o to, że ludzie mnie opuszczą, że sama ich odpycham.	1	2	3	4	5	6
75	Zazwyczaj doszukuję się ukrytych motywów w postępowaniu innych ludzi.	1	2	3	4	5	6
76	Zawsze czuję, że jestem poza grupą.	1	2	3	4	5	6
77	Na najbardziej podstawowym poziomie jestem nie do zaakceptowania, więc nie mogę odkryć siebie przed innymi ani pozwolić im, żeby mnie dobrze poznali.	1	2	3	4	5	6
78	W pracy (w szkole) nie jestem tak zdolna/bystra jak większość ludzi.	1	2	3	4	5	6
79	Brak mi pewności w rozwiązywaniu codziennych problemów.	1	2	3	4	5	6
80	Martwię się, że zapadnę na groźną chorobę, mimo że lekarz nie zdiagnozował u mnie żadnych poważnych problemów.	1	2	3	4	5	6
81	Często czuję, że nie posiadam tożsamości odrębnej od tożsamości moich rodziców/rodzica czy partnera.	1	2	3	4	5	6
82	Sprawia mi dużo kłopotu domaganie się, by moje prawa były respektowane oraz żeby moje uczucia były brane pod uwagę.	1	2	3	4	5	6
83	Wielu ludzi uważa, że zbyt dużo robię dla innych i zbyt mało dla siebie.	1	2	3	4	5	6
84	Ludzie postrzegają mnie, jako osobę skrytą, zamkniętą w sobie.	1	2	3	4	5	6
85	Nie umiem z łatwością sobie odpuścić lub znaleźć usprawiedliwienia dla popełnianych przez siebie błędów.	1	2	3	4	5	6
86	Czuję, że to, co mam do zaoferowania, jest bardziej wartościowe niż wkład innych ludzi.	1	2	3	4	5	6
87	Rzadko udaje mi się postępować zgodnie z własnymi postanowieniami.	1	2	3	4	5	6
88	Liczne pochwały i komplementy sprawiają, że czuję się wartościowa.	1	2	3	4	5	6
89	Martwię się, że błędna decyzja może doprowadzić do katastrofy.	1	2	3	4	5	6
90	Jestem złą osobą, która zasługuje na karę.	1	2	3	4	5	6

**8.1.4. Inwentarza do pomiaru trybów schematów (The schema mode inventory;  
Young i in., 2007; tłumaczenie Oettingen, J.)**

**SMI**

Poniżej znajduje się lista stwierdzeń, których ludzie mogą używać do opisu siebie. Oceń, używając poniższej skali, jak często, poniższe stwierdzenia odnoszą się do Ciebie (są prawdziwe w Twoim przypadku).

**Częstotliwość:**

**1** = Nigdy lub prawie nigdy  
**2** = Rzadko  
**3** = Czasami

**4** = Często  
**5** = W większości przypadków  
**6** = Zawsze

1	Wymagam szacunku i nie pozwalam ludziom, żeby mną dyrygowali.	1	2	3	4	5	6
2	Czuję, że jestem kochana i akceptowana.	1	2	3	4	5	6
3	Odmawiam sobie wszelkich przyjemności, ponieważ nie zasługuję na nie.	1	2	3	4	5	6
4	Czuję, że jestem niedoskonała i mam wiele wad.	1	2	3	4	5	6
5	Czasami czuję nagłą potrzebę wymierzenia sobie kary poprzez zrobienie sobie krzywdy (np. samookaleczenie).	1	2	3	4	5	6
6	Czuję się zagubiona.	1	2	3	4	5	6
7	Jestem wobec siebie surowa.	1	2	3	4	5	6
8	Bardzo staram się zadowolić innych po to, by uniknąć konfliktu, konfrontacji lub odrzucenia.	1	2	3	4	5	6
9	Nie potrafię sobie wybaczyć.	1	2	3	4	5	6
10	Robię rzeczy, które sprawią, że będę w centrum uwagi.	1	2	3	4	5	6
11	Denerwuję się, kiedy ludzie nie robią tego, o co ich proszę	1	2	3	4	5	6
12	Mam problemy z kontrolowaniem swoich odruchów.	1	2	3	4	5	6
13	Jeżeli nie mogę osiągnąć zamierzonego celu, szybko jestem sfrustrowana i poddaje się.	1	2	3	4	5	6
14	Miewam wybuchy gniewu.	1	2	3	4	5	6
15	Działam impulsywnie lub wyrażam swoje emocje w taki sposób, że albo popadam w kłopoty albo ranię innych ludzi.	1	2	3	4	5	6
16	To moja wina, kiedy dzieje się coś złego.	1	2	3	4	5	6
17	Czuję się zadowolona i odprężona.	1	2	3	4	5	6
18	Zmieniam się w zależności od tego, z jakimi ludźmi przebywam, po to by mnie lubili i akceptowali.	1	2	3	4	5	6
19	Czuję więź z innymi ludźmi.	1	2	3	4	5	6
20	Kiedy pojawiają się problemy, usilnie staram się je rozwiązać samodzielnie.	1	2	3	4	5	6
21	Nie wymagam od siebie wykonywania rutynowych lub nudnych zadań.	1	2	3	4	5	6

22	Jeżeli sama nie walczę, jestem wykorzystywana lub ignorowana.	1	2	3	4	5	6
23	Muszę dbać o ludzi z mojego otoczenia.	1	2	3	4	5	6
24	Jeżeli pozwalasz innym ludziom na to, żeby cię zastraszały/wyśmiewali się z ciebie, to jesteś nieudacznikiem.	1	2	3	4	5	6
25	Fizycznie atakuję ludzi, kiedy jestem na nich zła.	1	2	3	4	5	6
26	Kiedy wpadnę w złość, często tracę nad sobą kontrolę.	1	2	3	4	5	6
27	Ważne jest dla mnie, aby być „numerem jeden” (np. Osobą najbardziej lubianą, najbardziej zamożną, odnoszącą największe sukcesy).	1	2	3	4	5	6
28	Do większości spraw podchodzę z obojętnością.	1	2	3	4	5	6
29	Potrafię racjonalnie podejść do rozwiązywania problemów, nie kierując się emocjami.	1	2	3	4	5	6
30	Głupotą jest planowanie tego, w jaki sposób poradzimy sobie z problemami.	1	2	3	4	5	6
31	Nie satysfakcjonuje mnie zajmowanie drugiego miejsca.	1	2	3	4	5	6
32	Atak jest najlepszą obroną.	1	2	3	4	5	6
33	Czuję, że w stosunku do innych ludzi jestem zimna i brak mi serca.	1	2	3	4	5	6
34	Czuję, że „żyję w oderwaniu” (tj. nie mam kontaktu ze sobą, swoimi emocjami, innymi ludźmi).	1	2	3	4	5	6
35	Ślepo podążam za tym, co podpowiadają mi emocje.	1	2	3	4	5	6
36	Jestem zrozpaczona.	1	2	3	4	5	6
37	Pozwalam na to, by inni ludzie krytykowali mnie lub upokarzali	1	2	3	4	5	6
38	W związkach najczęściej zgadzam się na to, by druga osoba miała pozycję dominującą.	1	2	3	4	5	6
39	Czuję się oddalona od innych ludzi.	1	2	3	4	5	6
40	Mówię to, co myślę – dlatego popadam w kłopoty lub ranię innych.	1	2	3	4	5	6
41	Pracuję lub intensywnie uprawiam sport po to, by nie myśleć o zmartwieniach.	1	2	3	4	5	6
42	Złości mnie to, że ludzie próbują odebrać mi wolność i niezależność.	1	2	3	4	5	6
43	Nic nie czuję.	1	2	3	4	5	6
44	Robię to, na co mam ochotę, bez względu na potrzeby i uczucia innych.	1	2	3	4	5	6
45	Nie pozwalam sobie na relaks i zabawę, dopóki nie zrobię wszystkiego, co do mnie należy.	1	2	3	4	5	6
46	Rzucam wszystkim, dookoła kiedy jestem zła.	1	2	3	4	5	6
47	Czuję wściekłość w stosunku do innych ludzi.	1	2	3	4	5	6
48	Czuję, że jestem podobna do innych.	1	2	3	4	5	6
49	Jest we mnie dużo gniewu, dla którego muszę znaleźć ujście.	1	2	3	4	5	6
50	Czuję się samotna.	1	2	3	4	5	6
51	Staram się dawać z siebie wszystko we wszystkim, co robię.	1	2	3	4	5	6
52	Lubię angażować się w coś ekscytującego lub uspokajającego, (tj. praca, sport, hazard, jedzenie, zakupy, seks, oglądanie TV), po to by nie myśleć o uczuciach.	1	2	3	4	5	6
53	Równość nie istnieje, więc lepiej jest być ponad innymi ludźmi.	1	2	3	4	5	6
54	Kiedy jestem zła, często tracę nad sobą kontrolę i grożę ludziom.	1	2	3	4	5	6

55	Pozwalam na to, by inni postawili na swoim, zamiast wyrażać swoje własne potrzeby.	1	2	3	4	5	6
56	Jeżeli ktoś nie jest po mojej stronie, to jest przeciwko mnie.	1	2	3	4	5	6
57	Po to, by aż tak bardzo nie nękały mnie moje myśli i uczucia, staram się zawsze czymś zająć.	1	2	3	4	5	6
58	Jestem złą osobą, kiedy jestem zła na innych.	1	2	3	4	5	6
59	Nie chcę mieć z innymi ludźmi nic wspólnego.	1	2	3	4	5	6
60	Dotychczas zdarzyło się, że w złości zraniłam lub zabiłam kogoś.	1	2	3	4	5	6
61	Czuję, że w moim życiu jest duża stabilizacja i bezpieczeństwo.	1	2	3	4	5	6
62	Wiem, kiedy okazywać swoje uczucia, a kiedy nie.	1	2	3	4	5	6
63	Jestem zła na kogoś, kto mnie opuści lub zostawi samą.	1	2	3	4	5	6
64	Nie czuję więzi z innymi ludźmi	1	2	3	4	5	6
65	Nie umiem zmusić się do robienia rzeczy, które nie sprawiają mi przyjemności, nawet, jeśli wiem, że to dla mojego własnego dobra.	1	2	3	4	5	6
66	Łamię zasady, a później tego żałuję.	1	2	3	4	5	6
67	Czuję się upokorzona.	1	2	3	4	5	6
68	Ufam większości ludzi.	1	2	3	4	5	6
69	Najpierw robię, potem myślę.	1	2	3	4	5	6
70	Łatwo się nudzę i tracę zainteresowanie tym, co robię.	1	2	3	4	5	6
71	Nawet, jeśli są ludzie wokół mnie, czuję się samotna.	1	2	3	4	5	6
72	Nie pozwalam sobie na takie przyjemności, na które pozwalają sobie inni, ponieważ jestem złą osobą.	1	2	3	4	5	6
73	Osiągam to, do czego dążę, bez wkładania w to nadmiernego wysiłku.	1	2	3	4	5	6
74	Czuję, że jestem wyjątkowa i lepsza niż większość ludzi.	1	2	3	4	5	6
75	Niczym się nie przejmuję; nic nie jest dla mnie ważne.	1	2	3	4	5	6
76	Złoszczę się, kiedy ktoś mówi mi jak mam się czuć lub zachować.	1	2	3	4	5	6
77	Jeżeli nie zdominujesz innych ludzi, oni zdominują ciebie	1	2	3	4	5	6
78	Mówię to, co czuję, działam impulsywnie, nie myśląc o konsekwencjach.	1	2	3	4	5	6
79	Mam ochotę zbesztać innych za to jak mnie potraktowali	1	2	3	4	5	6
80	Jestem w stanie sama się o siebie zatroszczyć.	1	2	3	4	5	6
81	Jestem dość krytyczna wobec innych ludzi.	1	2	3	4	5	6
82	Jestem pod ciągłą presją wykonywania zadań i zdobywania osiągnięć.	1	2	3	4	5	6
83	Staram się nie popełniać błędów; w przeciwnym razie zawiodę sama siebie.	1	2	3	4	5	6
84	Zasługuję na karę.	1	2	3	4	5	6
85	Mogę uczyć się, rozwijać i zmieniać.	1	2	3	4	5	6
86	Chcę odwrócić swoją uwagę od przykrych myśli i uczuć.	1	2	3	4	5	6
87	Jestem na siebie zła.	1	2	3	4	5	6
88	Czuję się przygnębiona.	1	2	3	4	5	6
89	Muszę być najlepsza we wszystkim, co robię.	1	2	3	4	5	6

90	Poświęcam przyjemności, zdrowie lub szczęście, po to by spełnić wyznaczone przez siebie standardy.	1	2	3	4	5	6
91	Jestem wymagająca wobec innych ludzi.	1	2	3	4	5	6
92	Kiedy jestem zła, mogę do tego stopnia stracić nad sobą kontrolę, że krzywdzę innych ludzi.	1	2	3	4	5	6
93	Nie jestem osobą wrażliwą	1	2	3	4	5	6
94	Jestem złą osobą.	1	2	3	4	5	6
95	Czuję się bezpieczna.	1	2	3	4	5	6
96	Czuję, że jest ktoś, kto mnie wysłucha, zrozumie i doceni.	1	2	3	4	5	6
97	Nie jestem w stanie kontrolować swoich odruchów.	1	2	3	4	5	6
98	Niszczę rzeczy, kiedy jestem zła.	1	2	3	4	5	6
99	Kiedy zdominujesz innych, nic złego nie może ci się przytrafić	1	2	3	4	5	6
100	Przyjmuję postawę pasywną, nawet, jeśli coś mi się nie podoba.	1	2	3	4	5	6
101	Mój gniew wymyka się spod kontroli.	1	2	3	4	5	6
102	Wyśmiewam się z ludzi i znęcam się nad nimi.	1	2	3	4	5	6
103	Czuję, że chcę kogoś skrzywdzić za to, co mi zrobił.	1	2	3	4	5	6
104	Wiem, że jest dobra droga i zła droga na zrobienie czegoś; bardzo staram się wybierać tą dobrą drogę, w przeciwnym razie zaczynam siebie krytykować.	1	2	3	4	5	6
105	Często czuję, że jestem sama na świecie.	1	2	3	4	5	6
106	Czuję się słaba i bezradna.	1	2	3	4	5	6
107	Jestem leniwa.	1	2	3	4	5	6
108	Jestem w stanie zaakceptować wszystko u ludzi, którzy są dla mnie ważni.	1	2	3	4	5	6
109	Oszukano mnie lub potraktowano niesprawiedliwie.	1	2	3	4	5	6
110	Jeżeli czuję potrzebę zrobienia czegoś, robię to.	1	2	3	4	5	6
111	Czuję się pominięta i opuszczona.	1	2	3	4	5	6
112	Patrzę na innych z góry.	1	2	3	4	5	6
113	Jestem optymistycznie nastawiona.	1	2	3	4	5	6
114	Czuję, że nie muszę postępować według takich samych zasad jak inni ludzie.	1	2	3	4	5	6
115	Obecnie moje życie kręci się wokół tego, żeby dobrze wykonać zadania.	1	2	3	4	5	6
116	Zmuszam się do bycia bardziej odpowiedzialną od innych ludzi.	1	2	3	4	5	6
117	Potrafię stanąć we własnej obronie, kiedy jestem niesprawiedliwie krytykowana, kiedy ktoś znęca się nade mną lub mnie wykorzystuje.	1	2	3	4	5	6
118	Nie zasługuję na współczucie, kiedy dzieje mi się coś złego.	1	2	3	4	5	6
119	Czuję, że nikt mnie nie kocha.	1	2	3	4	5	6
120	Czuję, że w zasadzie jestem dobrą osobą.	1	2	3	4	5	6
121	Kiedy istnieje taka konieczność, dokańczam nudne i rutynowe zadania, po to by zająć się czymś, co uważam za bardziej wartościowe.	1	2	3	4	5	6
122	Jestem spontaniczna i wesoła.	1	2	3	4	5	6
123	Potrafię być tak zła, że byłabym w stanie kogoś zabić.	1	2	3	4	5	6

124	Mam silne poczucie tego, kim jestem i czego potrzebuję, żeby być w życiu szczęśliwą.	1	2	3	4	5	6
-----	--	---	---	---	---	---	---



### 8.1.5. Skala Taktyk w Konflikcie, (Conflict Tactics Scale-Revised; Straus, Hamby, Boney-McCoy, Sugarman, 1996, tłumaczenie własne)

- zastosowano zmianę w instrukcji narzędzia względem oryginału; usunięto pozycje dotyczące przemocy wzajemnej;

## CTS

W wielu relacjach występują spory i kłótnie. W takich sytuacjach pary mają różne sposoby na znalezienie porozumienia. Proszę zaznaczyć, jak często zdarzały się wymienione tutaj sytuacje w ostatnim związku.

Jak często te sytuacje miały miejsce w okresie minionych 12 miesięcy:

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 – sytuacja miała miejsce jeden raz  | 4 – sytuacja wydarzała się regularnie |
| 2 – sytuacja miała miejsce kilka razy | 5 – sytuacja miała miejsce codziennie |
| 3 – sytuacja zdarzała się często      | 0 – nigdy nie miała miejsca           |

1. Mój partner pokazywał mi, że mu zależy nawet, gdy się nie zgadzaliśmy.	1	2	3	4	5	6	7	0
2. Mój partner sprzecząc się ze mną, wyjaśnił mi swój punkt widzenia.	1	2	3	4	5	6	7	0
3. Mój partner obrażał się lub klnął w moją stronę.	1	2	3	4	5	6	7	0
4. Mój partner rzucił we mnie jakimś przedmiotem, co zabolalo.	1	2	3	4	5	6	7	0
5. Mój partner wykręcił mi ramię lub ciągnął za włosy.	1	2	3	4	5	6	7	0
10. W wyniku awantury z partnerem miałam zwichnięcia, siniaki lub niewielkie skaleczenia.	1	2	3	4	5	6	7	0
11. Mój partner pokazał szacunek dla moich uczuć w sprawie pewnego problemu.	1	2	3	4	5	6	7	0
12. Mój partner zmusił mnie do stosunku.	1	2	3	4	5	6	7	0
13. Mój partner pchnął lub odepchnął mnie	1	2	3	4	5	6	7	0
14. Mój partner użył siły (przytrzymywanie, uderzanie, użycie niebezpiecznego narzędzia), żeby zmusić mnie do stosunku.	1	2	3	4	5	6	7	0
15. Mój partner użył ostrego narzędzia przeciw mnie.	1	2	3	4	5	6	7	0
16. Mój partner zemdlał po tym, jak uderzyłam go w głowę.	1	2	3	4	5	6	7	0
17. Mój partner obrażał mi mówiąc, że jestem gruba lub brzydka.	1	2	3	4	5	6	7	0
18. Mój partner uderzył mnie pięścią lub twardym przedmiotem, żeby zabolalo.	1	2	3	4	5	6	7	0
19. Mój partner zniszczył mi jakąś rzecz, która należała do mnie.	1	2	3	4	5	6	7	0
20. Po awanturze z partnerem musiałam pójść do lekarza.	1	2	3	4	5	6	7	0
21. Mój partner dusił mnie.	1	2	3	4	5	6	7	0
22. Partner krzyczał lub wydzierał się na mnie.	1	2	3	4	5	6	7	0
23. Mój partner rzucił mną o ścianę.	1	2	3	4	5	6	7	0

24. Mój partner mówił, że wierzę w to, że możemy się porozumieć.	1	2	3	4	5	6	7	0
25. Po bójce z partnerem potrzebowałam pójść do lekarza, jednak ostatecznie nie poszłam.	1	2	3	4	5	6	7	0
26. Mój partner pobił mnie.	1	2	3	4	5	6	7	0
27. Mój partner przytrzymywał mnie.	1	2	3	4	5	6	7	0
28. Wybiegałam z domu / z pokoju, w czasie kłótni.	1	2	3	4	5	6	7	0
29. Mój partner nalegał na stosunek, gdy ja nie chciałam (nie używałam siły fizycznej).	1	2	3	4	5	6	7	0
30. Mój partner spoliczkował mnie.	1	2	3	4	5	6	7	0
31. Miałam połamane kości po bójce z partnerem.	1	2	3	4	5	6	7	0
32. Mój partner używał gróźb, żeby odbyć ze mną stosunek.	1	2	3	4	5	6	7	0
33. Mój partner dążył do kompromisu w trakcie kłótni.	1	2	3	4	5	6	7	0
34. Mój partner umyślnie oparzył mnie czymś.	1	2	3	4	5	6	7	0
35. Mój partner mówił mi, że jestem kiepska w łóżku.	1	2	3	4	5	6	7	0
36. Mój partner tak robił coś, żeby specjalnie mnie rozzłościć.	1	2	3	4	5	6	7	0
37. Mój partner groził, że uderzy lub rzuci w czymś we mnie.	1	2	3	4	5	6	7	0
38. Czułam fizyczny ból nawet na drugi dzień po bójce z partnerem.	1	2	3	4	5	6	7	0
39. Mój partner kopał mnie.	1	2	3	4	5	6	7	0
40. Zgodziłam się, żeby użyć rozwiązania konfliktu, które mój partner zaproponował.	1	2	3	4	5	6	7	0
41. Mój partner zgodził się użyć rozwiązania konfliktu, które ja zaproponowałam.	1	2	3	4	5	6	7	0

## 8.2. Podstawowe procedury rekrutacji i badania

### 8.2.1. Procedura przeprowadzenia badania

#### Procedura badania

1. Badanie będzie prowadzone przez kierownika projektu, lub osobę przez niego wyznaczoną.
2. Każda z osób przeprowadzających badanie będzie legitymizować się, co najmniej, trzyletnim doświadczeniem zawodowym w pracy z osobami doświadczającymi przemocy w rodzinie i przed przeprowadzeniem badania właściwego zostanie przygotowana przez kierownika projektu do jego przeprowadzenia, ze szczególnym naciskiem na uważności na dobrostan osoby badanej, w tym monitorowanie jej samopoczucia w trakcie badania i zapewnienie wsparcia w sytuacji pogorszenia jej samopoczucia.
3. Każde badanie zostanie poprzedzone procedurą zapraszania do badania, która może różnić się w zależności od charakteru placówki, w której badanie będzie prowadzone.
4. Badanie będzie odbywać się na terenie placówek udzielających pomocy psychologicznej osobom doświadczającym przemocy, z którymi nawiązano współpracę, jak również w gabinecie psychologicznym poza placówką przy ulicy ul. Roosevelta 4/4 w Poznaniu.
5. Każde badanie będzie rozpoczynać się od: **(a)** powitania osoby badanej, **(b)** przedstawienia i omówieniu celu planowanego badania, zasad związanych z poufnością, przechowywaniem danych i ich analizą, **(c)** przedstawienia i omówienia możliwych skutków ubocznych brania udziału w badaniu (por. *informacja dla osób badanych*). Na tym etapie badacz będzie zachęcać do przedstawienia pytań i wątpliwości, na które udzieli odpowiedzi.
6. Wszystkie osoby badane, które pojawią się na badaniu otrzymają w podziękowaniu za poświęcony czas voucher podarunkowy. Kupon otrzyma każda osoba, która stawi się na badanie, niezależnie od podjętej decyzji dotyczącej udziału w badaniu, czy wycofaniu się po rozpoczęciu badania.
7. Właściwy pomiar rozpoczyna się od podpisania zgody na udział w badaniu.
8. Badacz przez cały czas trwania badania monitoruje samopoczucie osoby badanej. Jeżeli jej zachowanie, lub wypowiedzane kwestie będą świadczyły o znaczącym

pogorszeniu samopoczucia, badanie powinno zostać przerwane, a osoba badana poinformowana o przyczynach przerwania badania.

9. Osoba badana może wycofać się z badania na każdym jego etapie bez podania przyczyny.
10. Badanie będzie polegać na wypełnieniu baterii kilku kwestionariuszy typu papier-  
ołówek, co zazwyczaj zajmuje około 60 – 70 minut. Jednakże, czas badania nie jest  
formalnie ograniczony. Osoby chętne do udziału w badaniu będą umawiane z  
interwałami wynoszącymi minimum 90 minut.
11. W trakcie badania osoba badana może zadawać pytania dotyczące jej roli w  
prowadzonym badaniu. Osoba prowadząca badanie jest zobowiązana udzielić na nie  
odpowiedzi. W niektórych przypadkach, ze względu na cel badań, odpowiedź może  
zostać udzielona na końcu badania.
12. Po zakończeniu wypełniania baterii kwestionariuszy, badacz zachęca osobę badaną do  
wyrażania pytań i wątpliwości dotyczących badania. Pyta również o samopoczucie  
osoby badanej.
13. Na koniec badania badacz przekazuje i omawia ulotkę, w której znajdują się dane  
kontaktowe do kierownika projektu, jak również informacje o możliwości  
skorzystania z pomocy psychologicznej na wypadek znacznego pogorszenia. Ulotka  
będzie zawierała kontakt do Zespołu Interwencyjnego współpracującego z projektem,  
jak również do najbliższych publicznych placówek wsparcia interwencyjnego.
14. W przypadku wystąpienia stanu niepokoju, bądź dekompensacji osobowości osoby  
badanej, badacz ma obowiązek zorganizować pomoc dla osoby badanej. W zależności  
od stanu emocjonalnego osoby badanej może być to: rozmowa na temat przeżywanego  
niepokoju i udzielanie odpowiedzi na pytania, organizacja i zawieszenie na konsultację  
lekarską, wezwanie Pogotowia Ratunkowego, umówienie na kontakt psychologiczny  
z członkiem Zespołu Interwencyjnego. Procedura pomocy może odbiegać od  
przedstawionego tutaj wzorca, jeżeli badania odbywa się na terenie ośrodka  
stacjonarnego, gdyż tego typu placówki często operują własnymi procedurami na  
wystąpienie tego typu okoliczności. Niemniej jednak, niezależnie od zaistniałych  
okoliczności, badacz będzie zobowiązany do podjęcia wszelkich starań, by zapewnić  
osobie badanej wszelką niezbędną pomoc i wsparcie.

### 8.2.2. Informacja dla osób badanych

Szanowna Pani,

Nazywam się Michał Sieński i jestem doktorantem w Instytucie Psychologii Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu. Zwracam się z prośbą o udział w badaniach psychologicznych stanowiących główny element przygotowywanej przeze mnie pracy doktorskiej.

1. Badanie naukowe, do którego zapraszam, ma na celu zwiększenia wiedzy na temat przyczyn powtarzania doświadczeń o charakterze przemocy w życiu człowieka. Pomimo tego, że jest to zjawisko, które dotyka wielu ludzi, wiedza naukowa na ten temat jest stosunkowo niewielka. Mam nadzieję, że uzyskane wyniki przysłużą się planowaniu przyszłych skuteczniejszych form pomocy dla osób pokrzywdzonych przemocą w rodzinie.
2. Projekt służy celom naukowym. Jego wyniki będą użyte do analiz porównawczych, a nie do indywidualnej diagnozy. Badanie polega na wypełnieniu zestawu kwestionariuszy. Z przyczyn ważnych dla realizacji tego projektu, będzie Pani proszona o ponowne wypełnienie części kwestionariuszy po okresie dwóch miesięcy.
3. Uczestnictwo w badaniu nie będzie miało wpływu na udzielaną pomoc psychologiczną, czy socjalną, z której Pani korzysta. Personel placówki nie zostanie poinformowany o treści udzielonych przez Panią odpowiedzi, jak również o Pani zgodzie, bądź braku zgody na udział w badaniu.
4. Pani udział w badaniu jest dobrowolny i w każdym momencie (nawet po rozpoczęciu badania) może się Pani z niego wycofać bez podawania przyczyny.
5. W trakcie badania można zadawać pytania dotyczące Pani roli w prowadzonym badaniu. Osoba prowadząca badanie jest zobowiązana udzielić na nie odpowiedzi. W niektórych przypadkach, ze względu na cel badań, może odłożyć odpowiedź na koniec badania. Jeżeli jakaś informacja jest dla Pani ważna, a prowadzący może ją podać dopiero po zakończeniu badania, można w takiej sytuacji odmówić udziału w badaniu.
6. Z uwagi na to, że w trakcie badania będzie Pani proszona o przypomnienie sobie często przykrych doświadczeń z historii życia, Pani samopoczucie w trakcie

badania, lub po nim, może się pogorszyć. Jeżeli rozpamiętywanie tego typu doświadczeń jest dla Pani zbyt bolesne, lub wcześniej skutkowało znaczący pogorszeniem się samopoczucia, proszę już teraz rozważyć wycofanie się z tego badania.

7. Jeżeli w trakcie badania Pani samopoczucie ulegnie pogorszeniu proszę o tym poinformować osobę przeprowadzającą badanie. W sytuacji, gdy ten stan pojawi się po przeprowadzonym badaniu, może Pani skorzystać z dostarczonej listy specjalistów oferujących darmową pomoc psychologiczną, jak również skorzystać z konsultacji lekarskiej w ramach całodobowego dyżuru lekarskiego, na który osoba prowadząca badanie może Panią zawieść.
8. Dochowujemy wszelkich starań, aby zapewnić bezpieczeństwo wyników badań oraz danych osobowych. Wszelkie dane, mogące dopomóc ewentualnej identyfikacji konkretnej osoby zostaną zatarte lub zmienione. Po zebraniu danych nie będzie możliwa identyfikacja konkretnej osoby, wyniki analizowane będą wyłącznie, jako element grupy. Ponadto, wyniki zawsze będą prezentowane wyłącznie na poziomie danych grupowych, a dostęp do wyników indywidualnych będzie mieć jedynie kierownik projektu mgr Michał Sieński. Dokumentacja badania (wypełnione metody badawcze oraz wyniki w formie baz danych) przechowywane będą przez autora badań przez okres minimum 3 lat od dnia zakończenia badania, po czym zostaną komisyjnie zniszczone.
9. Przed rozpoczęciem badania zostanie Pani poproszona o podpisanie formularza zgody na udział w badaniu oraz formularza zgody na przetwarzanie danych osobowych.
10. Formularz zgody jest wymagany przez jednostki badawcze dokumentem zapewniającym poszanowanie praw uczestników badań.
11. Część pytań, które pojawiają się w kwestionariuszach może być do siebie podobnych, lub się powtarzać. Jest to zabieg celowy wynikający z istoty prowadzonych badań.
12. Jeżeli ma Pani dodatkowe pytania dotyczące badania, pragnie wycofać swoją zgodę na udział lub chciałaby się Pani zapoznać z wynikami badań, prosimy o kontakt z kierownikiem projektu, mgr Michałem Sieńskim, Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, ul. Szamarzewskiego 89, 60 – 568 Poznań, e-mail: [sienski@amu.edu.pl](mailto:sienski@amu.edu.pl); telefon 720-751-817.

### 8.2.3. Procedura rekrutacji osób badanych

W celu dobrostanu emocjonalnego osób badanych zdecydowano się na wprowadzenie preselekcji. Procedura ta, będzie wyglądała odmiennie w zależności o placówki, z której będą zapraszane osoby do badania. Zabieg ten ma na celu włączenie do badania jedynie tych osób, które ze względu na ustabilizowaną sytuację emocjonalną będą w stanie podjąć samodzielną decyzję o udziale w badaniu i świadomie ocenić potencjalne konsekwencje związane z udziałem w badaniu.

#### **Proponowana procedura:**

1. Nad wskazaniem osób zaproszonych do badania będzie czuwała osoba prowadząca badanie, która będzie posiadała wiedzę na temat stanu emocjonalnego i materialnego podopiecznych ośrodka, a także okoliczności ich przyjęcia (przyjęcie interwencyjne / przyjęcie planowane).
2. Osobami zaproszonymi do badania będą te o ustabilizowanej sytuacji emocjonalnej i materialnej. Nad wyborem osób o takiej charakterystyce będzie czuwała osoba przeprowadzająca badanie.
3. Mieszkaniec ośrodka zostanie zaproszony do badania nie wcześniej niż po ustabilizowaniu sytuacji emocjonalnej. Ma to zapewnić zmniejszenie pierwotnego dystresu związanego z zakwaterowaniem w ośrodków, jak również zmniejszyć ryzyko wystąpienia negatywnych skutków uczestnictwa w badaniu.
4. Wskazane osoby, będą zaproszone do wzięcia udziału w badaniu, którego miejsce, jak i godzina będą im zaproponowane wraz z wydrukowanym opisem badania (patrz: *informacja dla osoby badanej*). Osoby chętne będą miały możliwość zgłoszenia do wyznaczonego pomieszczenia, w którym będzie przebywała osoba prowadząca badanie. Zostaną również przekazane dane kontaktowe do badacza, w sytuacji, w której osoba będzie chciała wziąć udział w badaniu, jednak po zakończeniu pobytu w placówce.
5. Niestawienie się osoby w odpowiedzi na zaproszenie będzie rozumiane, jako odmowa udziału w badaniu i taka osoba nie będzie ponownie zapraszana do udziału w projekcie.
6. Badanie właściwe będzie przeprowadzone w zgodzie z *Procedurą badania*.

7. Osoby uczestniczące w badaniu zostaną zapoznane z następującymi informacjami:

- (a) krótki opis badania /cel, sposób przeprowadzenia, ewentualne ryzyko/
- (b) warunki wstępne do udziału w badaniu
- (c) danymi kontaktowymi badacza (m.in. nr telefonu, adres email)
- (d) w jaki dzień i w jakich godzinach badacz będzie dostępny na terenie ośrodka do przeprowadzenia badania

Ponadto, podjęto starania mające na celu zróżnicowanie prowadzonego projektu od oferty pomocy psychologicznej świadczonej przez placówkę. Ma to na celu zminimalizowanie przekonania kandydata do badania o tym, że zgoda (lub jej brak) na udział w badaniu będzie miała wpływ na formę otrzymywanej pomocy ze strony placówki.

**Starania, o których tutaj mowa, będą polegały na:**

- (a) Wskazaniu na odrębność projektu badawczego od działalności placówki, co będzie zawarte w *informacji dla osoby badanej*.
- (b) Wskazanie na obowiązującą zasadę poufności, która uwzględnia również nie przekazywanie indywidualnych wyników badania, jak również informacji o udziale w badaniu pracownikom placówki, w której dana osoba korzysta z pomocy.
- (c) W razie dyskomfortu związanego z prowadzeniem badania na terenie placówki, zaproszenie osoby badanej do gabinetu poza instytucją, w której dana osoba korzysta z pomocy. Będzie to gabinet psychologiczny przy ul. Roosevelta 4/4 w Poznaniu.